

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1933-1934

N° 7

RAPPORTS DU CÔLON SIGMOÏDE ET DES TUMEURS PELVIENNES CHEZ LA FEMME

Thèse pour le Doctorat en Médecine

Présentée et soutenue publiquement le Mercredi 15 novembre 1933

PAR

Jean-Yves MIOSSEC

Élève du Service de Santé de la Marine
Né à Brest (Finistère), le 1^{er} Juin 1910

Examineurs de la Thèse

MM. GUYOT, professeur	<i>Président.</i>
DUVERGEY, professeur	} <i>Juges.</i>
JEANNENEY, agrégé	
LOUBAT, agrégé	

BORDEAUX
IMPRIMERIE J. BIÈRE
18, rue du Peugue, 18

1933

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1933-1934

N° 7

RAPPORTS DU CÔLON SIGMOÏDE ET DES TUMEURS PELVIENNES CHEZ LA FEMME

Thèse pour le Doctorat en Médecine

Présentée et soutenue publiquement le Mercredi 15 novembre 1933

PAR

Jean-Yves MIOSSEC

Élève du Service de Santé de la Marine

Né à Brest (Finistère), le 1^{er} Juin 1910

Examinateurs de la Thèse	{	MM. GUYOT, professeur	<i>Président.</i>	
		DUVERGEY, professeur	}	
		JEANNENEY, agrégé		<i>Juges.</i>
		LOUBAT, agrégé		

BORDEAUX
IMPRIMERIE J. BIÈRE

18, rue du Peugue, 18

—
1933

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS. Doyen

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. POUSSON. MOURE, W. DURREUILH
RIVIÈRE, BARTHE, DENIGES, AUCHE, SELIER, BEILLE, CASSAET

PROFESSEURS

MM.			MM
Clinique médicale	MAURIAC.	Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	ROCHER
Clinique chirurgicale.	DUPÉRIÉ.	Clinique gynécologique...	GUYOT.
Pathologie et thérapeutique générales.....	CHAVANNAZ.	Clinique médicale des maladies des enfants.....	CRUCHET
Clinique d'accouchements.	BEGOUIN.	Chimie biologique et médicale.....	DELAUNAY.
Anatomie pathologique et microscopie clinique....	CARLES.	Physique médicale et pharmacoeutique.....	SIGALAS.
Anatomie.....	ANDERODIAS.	Médecine coloniale et clinique des maladies exotiques.....	BONNIN
Anatomie générale et histologie.....	SABRAZES.	Clinique des maladies cutanées et syphilitiques....	PETGES.
Physiologie.....	VILLEMEN.	Clin. des mal. des voies urinaires..	DUVERGEY
Hygiène.....	G. DURREUIL.	Clinique des maladies nerveuses et mentales.....	ABADIE
Médecine légale et déontologie.....	PACHON.	Clinique d'Oto-rhino-laryngologie..	PORTMANN.
Electroradiologie et clin. d'électricité médicale..	LEURET.	Toxicologie et hygiène appliquée.....	LABAT.
Chimie.....	LANDE	Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	CREYX
Botanique et matière médicale.....	RÉCKOU	Clinique dentaire.....	CAVALIE.
Pharmacie.....	CHEILE,		
Zoologie et parasitologie.	N.		
Médecine expérimentale..	DUPOUY		
Clinique ophtalmologique.	MANDOUL		
	N		
	TEULIERES		

MICHELEAU (Médecine générale).

MURATET (Anatomie pathologique). GOLSE (Pharmacie). LACOSTE (Histologie).

PERY (Obstétrique). PERRENS (Maladies mentales).

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.			MM
Anatomie	DUBÉCO.	Chirurgie générale.....	PAPIN.
Anatomie	DUFOUR.		JEANNENEY
Physiologie.....	FABRE.	Obstétrique.....	CHARRIER.
Parasitologie et Sciences naturelles.....	R. SIGALAS.		LOUBAT.
Médecine générale.....	N.	Ophtalmologie.....	RIVIÈRE.
	AUBERTIN.		
	DAMADE	Ophtalmologie.....	BEAUVIEUX
	PIECHAUD.	Dermatologie et syphiligraphie.....	JOULIA.
	DELMAS-MARSALET.	Chimie générale pharmacoeutique et toxicologie...	VITTE.

COURS COMPLÉMENTAIRES:

MM.			MM.
Médecine opératoire	PAPIN	Puériculture	FAUGERE.
Accouchements.....	RIVIÈRE.	Pharmacie chimique	GOLSE
Pathologie médicale	DELMAS-MARSALET.	Zoologie et parasitologie.....	R. SIGALAS.
Ophtalmologie.....	CABANNES (en congé)		
	BEAUVIEUX (chargé)		
Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes. MM. N...			
Cours complémentaire annexe — Prothèse et rééducation professionnelle			GOURDON
Cours complémentaire annexe. — Clinique dentaire			DELGUEL

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ne leur donner ni approbation ni improbation.



A MON PERE, A MA MERE

A MA FEMME, A MON FILS

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A MONSIEUR LE MÉDECIN GÉNÉRAL DARGEIN,

DIRECTEUR DE L'ÉCOLE PRINCIPALE DU SERVICE DE SANTÉ
DE LA MARINE ET DES COLONIES,

COMMANDEUR DE LA LÉGION D'HONNEUR
CROIX DE GUERRE

OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

A MONSIEUR LE MÉDECIN EN CHEF BRUN,

SOUS-DIRECTEUR DE L'ÉCOLE PRINCIPALE DU SERVICE DE SANTÉ
DE LA MARINE ET DES COLONIES,

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR J. GUYOT

PROFESSEUR DE CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE A LA FACULTÉ
DE MÉDECINE DE BORDEAUX

CHIRURGIEN DE L'HÔPITAL ANDRÉ BOURSIER

MEMBRE CORRESPONDANT DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS

VICE-PRÉSIDENT DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE GYNÉCOLOGIE

MEMBRE CORRESPONDANT DES SOCIÉTÉS DE GYNÉCOLOGIE

DE PHILADELPHIE, DE BUCAREST ET DU BRÉSIL

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

CROIX DE GUERRE

OFFICIER DE L'ORDRE DE SAINTE-ANNE DE RUSSIE

OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548616_0062

INTRODUCTION

Le colon sigmoïde, de par ses rapports anatomiques étroits avec l'appareil génital, chez la femme, se trouve fréquemment lésé dans l'évolution pathologique des affections de cet appareil.

De nombreux auteurs ont étudié les retentissements inflammatoires des infections annexielles sur le gros intestin; d'autre part, tous les classiques notent, sans y insister, les complications intestinales, en l'espèce les phénomènes de compression, des tumeurs de l'utérus, de l'ovaire; les métastases sigmoïdiennes des tumeurs malignes de ces organes sont des faits bien connus depuis longtemps, mais il faut remarquer que, dans la littérature médicale, on ne trouve guère d'étude d'ensemble de ces relations pathologiques.

En groupant sous le nom de tumeur toutes les productions volumineuses résultant de processus infectieux, mécanique, ou néoplasique de l'appareil génital, cette thèse aura pour but d'étudier leur retentissement anatomopathologique et fonctionnel sur le côlon sigmoïde. Si ce mot de tumeur ne correspond pas, dans tous les cas au sens qu'on lui donne en anatomie pathologique, il a l'avantage de faire préjuger des phénomènes morbides que ces productions feront apparaître au niveau de l'intestin; par leur volume, elles pourront contracter avec lui des rapports plus intimes que ceux que présentent normalement les organes aux dépens desquels elles se sont formées.

Pour prendre un exemple : si on considère une inflammation banale de la trompe, il est très fréquent de consta-

ter la production d'adhérences entre cette trompe enflammée et le côlon pelvien; mais si cette inflammation évolue vers la rétention de pus, un pyo-salpinx se constitue, devient une masse volumineuse qui, par la pression des organes voisins, va venir s'appliquer plus intensément sur le sigmoïde, les adhérences se renforceront et une complication nouvelle pourra survenir : la perforation de l'intestin.

De même, les métastases sigmoïdiennes des tumeurs malignes de l'appareil génital peuvent, à coup sûr, se produire à distance sans qu'un contact direct soit nécessaire, mais combien seront-elles plus fréquentes et plus rapides si le sigmoïde, accolé à la tumeur expose sa paroi aux greffes cancéreuses directes, et à l'extension par continuité du processus néoplasique.

La classification de cette étude sera faite suivant une méthode en quelque sorte topographique, en considérant successivement dans leurs rapports avec le côlon sigmoïde :

- 1° Les tumeurs de l'utérus;
- 2° Les tumeurs des trompes;
- 3° Les tumeurs des ovaires et du parovaire;
- 4° Les productions enkystées volumineuses du péritoine pelvien et les grossesses extra-utérines.

Après une revue historique des travaux qui ont été effectués sur les différentes parties de la question, il conviendra d'étudier la configuration, le trajet et les rapports du côlon sigmoïde chez la femme normale.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

De nos jours, la constatation des rapports pathologiques établis entre le côlon sigmoïde et les tumeurs de l'appareil génital féminin est chose fréquente, tant à l'autopsie qu'au cours d'interventions chirurgicales et les observations n'en manquent pas dans les revues de gynécologie et de chirurgie. Mais il est intéressant de rappeler quelles furent les études publiées à ce sujet jusqu'à ces dernières années.

Dès la première moitié du XVIII^e siècle, l'anatomopathologiste Forli, de Padoue, insistait le premier suffisamment sur les adhérences entre la matrice et les annexes d'une part et le côlon pelvien d'autre part. Ces constatations sont notées par la suite par chirurgiens et médecins, mais sans plus de détails.

En 1838, Horming montre une femme portant un fœtus depuis dix ans et qui présentait de l'obstruction intestinale.

Aran, vers 1860, insiste sur le rôle important joué par l'inflammation primitive des annexes et décrit les adhérences de celles-ci avec les organes enfermés dans la cavité du bassin.

Besnier, dans son mémoire classique, fait remarquer que l'intestin qui a contracté avec les parties voisines des adhérences morbides, est frappé partiellement d'une immobilité qui apporte un obstacle plus ou moins considérable au cours des matières.

Peu d'auteurs ont attiré l'attention sur les complications

en général qui peuvent survenir au cours de l'hématocèle péritonéale et sur sa terminaison par l'occlusion intestinale en particulier. Dès 1867, Pletzer, dans son rapport à la Société d'obstétrique de Berlin, présentait un cas de grossesse extra-utérine avec hématocèle, dans lequel la mort était due à des phénomènes d'étranglement interne.

En 1871, Pozzi signale l'étranglement de l'S iliaque par des fausses membranes au cours de l'évolution de tumeurs salpingiennes.

H. de Boyer présente à la Société de chirurgie, en 1873, les pièces d'autopsie d'une femme qui avait succombé à une occlusion intestinale dans laquelle l'agent de compression était une volumineuse tumeur solide des ovaires.

C'est seulement en 1873 que Guéniot présenta à la Société de chirurgie un mémoire de Faucon sur la compression de l'intestin par les fibromes utérins.

Faucon, dans ce mémoire, rapportait des observations de Duchaussoy, de Nélaton, Hergott, Holdoux et Broca.

Il faut attendre 1874 pour trouver un premier travail sur la variété d'obstruction intestinale par salpingite : la thèse de Nouet, de Paris, sur l'obstruction intestinale et les affections chroniques pelviennes.

Nouet, dans son *Traité pratique des maladies de l'utérus*, montre la coexistence des selles glaireuses et des affections utérines et périutérines et dit que les unes sont un symptôme de voisinage des autres.

Dans le *Lyon Médical* de 1875, Magnin rapporte un cas typique de M. le D^r Chavanne : « A l'autopsie, on trouve une poche épaisse contenant un liquide couleur chocolat. L'anse sigmoïde était enserrée comme dans un anneau circulaire à peu près complet. »

En 1875, Jude Hüe présente à la Société de chirurgie une « Contribution à l'étude des compressions pelviennes par les fibromes utérins ».

Barnes (*Traité des maladies des femmes*, Paris, 1876), étudiant la compression de l'intestin par ces mêmes fibro-

mes, attribue une grande importance à la résorption des matières excrémentitielles qui suit la constipation opiniâtre et pense qu'une véritable toxémie, qu'il propose d'appeler coprémie, peut résulter de cet état.

En 1877, Leroux publie une observation dans laquelle, à la suite d'hématocèle, les accidents du côté du gros intestin sont d'une netteté particulière.

Dobleau, dans la *Gazette des Hôpitaux* de 1879, signale que la mort peut survenir à la suite de l'enclavement de fibromes dans le petit bassin par compression du côlon terminal.

En 1882, Chevalier (archives de tocologie) présente un cas d'occlusion intestinale par grossesse extra-utérine. La mort fut la conséquence de la compression exercée par le fœtus tombé dans les culs-de-sac péritonéaux.

En 1883, Cœttinger constate qu'un lithopédion a amené la mort par compression de l'intestin à la suite d'une grossesse utérine datant de quinze ans.

Trois ans plus tard, Maygrier, dans sa thèse d'agrégation, rapporte quatre observations de grossesses extra-utérines qui avaient provoqué une occlusion intestinale. Il faut arriver à 1886 pour trouver dans une communication de MM. Prengrueber et Vicente, à la *Semaine Médicale*, une explication complète tant pathogénique que thérapeutique des rapports de l'hématocèle pelvienne avec le côlon.

En 1889, Terrillon, dans sa *Clinique chirurgicale*, à propos de l'évolution des kystes de l'ovaire, dit : « Au lieu de descendre verticalement, le kyste peut s'incliner en arrière vers la concavité sacrée. Après avoir soulevé et effacé le cul-de-sac péritonéal postérieur, il s'incline sous le mésentère et repousse le côlon sigmoïde. Il peut alors contracter des adhérences avec celui-ci. »

Routier faisait remarquer, au Congrès de 1893, que l'arrêt complet des matières fécales, au cours de l'évolution des fibromes, devait être rare, attendu que les auteurs ne le signalaient que très rarement.

Georges Luys présente à la Société d'anatomie de 1898 une observation d'occlusion intestinale par fibrome à pédicule tordu.

En 1898, Gardner, dans le *Montreal Medical Journal*, expose une observation dans laquelle un fibrome avait dédoublé les feuillets du mésocôlon de l'S iliaque et se trouvait en contact étroit avec lui.

En 1899, Carle publie un cas d'occlusion intestinale survenant au cours de l'évolution d'une hématocele pelvienne.

Jacquet, en 1900, inspiré par cette communication, fait une thèse sur les hématoceles pelviennes et l'occlusion intestinale. Il fait ressortir aussi la fréquence de cette complication au cours de grossesses extra-utérines non diagnostiquées et dont la première manifestation fut l'obstacle au cours des matières.

En 1904 paraît un mémoire de Bauby sur les rapports des obstructions de l'intestin et des annexites.

Pellanda a pu recueillir, dans sa thèse (Mort par fibrome utérin, Lyon, 1905) vingt cas publiés de mort survenant à la suite de compression intestinale par fibrome.

Morestin (Congrès de chirurgie, 1905) rapporte une observation de kyste de l'ovaire tordu au cours de la grossesse : « Une femme enceinte de quatre mois présentait des signes d'occlusion intestinale aiguë. A l'opération, je trouvai un kyste de l'ovaire gros comme les deux poings, tordu sur lui-même, rempli de liquide hématique et qui comprimait énergiquement le côlon pelvien. »

A ce même Congrès, Bérard et Patel apportent des observations suivies de conclusions diagnostiques et opératoires au sujet des kystes de l'ovaire inclus dans les ligaments larges.

Michaux, à la séance du 7 mars 1906 de la Société de chirurgie de Paris, présente une observation de périsigmoïdite d'origine génitale et attire ainsi l'attention des gynécologistes sur la question.

En 1907, Byron Robinson, de Chicago, s'appuyant sur une

importante documentation fournie par deux cents autopsies, apporte les preuves de ce que, huit fois sur dix, l'anse sigmoïde contracte des adhérences avec les autres viscères pelviens et plus particulièrement avec les annexes gauches.

La même année, Rosso, de Lyon, dans sa thèse de doctorat sur l'obstruction intestinale chez la femme, liée aux inflammations pelviennes, met au point le rôle pathologique des adhérences entre les annexes et l'intestin.

Boursier, au Congrès français de chirurgie de 1907, présente une excellente étude des kystes de l'ovaire rétro-péritonéaux et signale les fréquentes complications qu'ils déterminent du côté de l'intestin. L'année suivante, son élève, Borel, dans sa thèse, développe ces idées et présente à l'appui de nombreuses observations.

En 1908, Albrecht, en Allemagne, publie sur les rapports entre les annexites gauches et les lésions du sigmoïde, une étude basée sur de nombreuses observations recueillies dans la clinique du P^r Amann junior, de Munich. Dans ce travail, il montre l'existence d'une solidarité pathologique étroite entre le sigmoïde et les organes génitaux de la femme, Brouha, de Liège, s'occupe de publier ses travaux en Belgique et en France.

Küss, étudiant les rétrécissements péricoliques pelviens (thèse de Paris, 1910) montre combien ceux-ci sont fréquemment liés aux affections utéro-annexielles. Princeteau, au XXIII^e Congrès de chirurgie (1910), présente un mémoire aboutissant aux mêmes conclusions; il apporte plusieurs observations intéressantes qu'on retrouve dans la thèse de Castéra.

En 1911, Poulain, de Lille, confirme la démonstration de Byron Robinson.

La même année, Castéra, de Bordeaux, insiste sur le retentissement pathologique des pyo-salpinx par leur compression et les adhérences qu'ils provoquent sur le gros intestin.

Puis deux ans plus tard, Nicolsky (thèse de Paris, 1913) présente seulement trois cas de simple compression intestinale, de 1907 à 1912, dans le service de Tuffier.

Le P^r Guyot, à sa clinique du Tondu, et depuis 1927, à l'hôpital A. Boursier, a eu fréquemment l'occasion de constater les lésions du sigmoïde au cours d'opérations portant sur des tumeurs diverses de l'appareil génital de la femme.

Enfin, en 1929, son élève Badelon, dans sa thèse sur les lésions de l'anse sigmoïde au cours des annexites gauches a présenté plusieurs cas intéressants de pyo-salpinx et d'hydro-salpinx ayant des rapports pathologiques avec le côlon sigmoïde.

CHAPITRE II

ANATOMIE

Côlon ilio-pelvien

Le côlon ilio-pelvien s'étend de la crête iliaque, où il fait suite au côlon descendant, à la troisième vertèbre sacrée où il se continue avec le rectum.

Il comprend deux parties : l'une fixe, le côlon iliaque, l'autre mobile, le côlon pelvien.

CÔLON ILIAQUE. — Il traverse la fosse iliaque depuis la crête iliaque jusqu'au bord interne du psoas en décrivant une courbe concave en dedans. Il croise, suivant qu'il est plus ou moins long, tantôt la partie interne de la fosse iliaque, tantôt, et le plus souvent, sa partie moyenne, tantôt, enfin, mais rarement, la partie antéro-externe de cette fosse.

Le côlon iliaque est appliqué sur la fosse iliaque par le péritoine qui présente la même disposition que sur le côlon descendant. Il revêt, en effet, les faces antérieures et latérales du côlon, tandis que la face postérieure du côlon est séparée du psoas et de son aponévrose par un fascia d'accolement en continuité avec celui qui se forme en arrière du côlon descendant; ce fascia résulte de la soudure au péritoine pariétal du feuillet séreux postérieur du côlon iliaque et de son méso.

En avant et sur les côtés, le côlon iliaque est recouvert par les anses intestinales ou par l'anse du côlon pelvien.

CÔLON PELVIEN. — Celui-ci commence au niveau du bord interne du psoas gauche et se continue avec le rectum à la hauteur de la troisième sacrée. Il forme une anse dont la situation, les rapports et la mobilité varient avec la longueur du côlon.

1° *Côlon pelvien normal.* — Dans le plus grand nombre de cas, le côlon pelvien est long de 40 centimètres environ. Il est alors très mobile, suspendu à la paroi par un long méso et décrit une courbe dont la concavité regarde en arrière et en bas. Le côlon pelvien normal se porte, en effet, par un trajet à peu près transversal, mais plus ou moins flexueux, du bord gauche au bord droit du détroit supérieur, puis il se dirige en bas, en arrière et en dedans vers le rectum. Le côlon pelvien croise, à son origine, les vaisseaux iliaques externes. Il répond : en bas et en avant, à la vessie ou bien à l'utérus et aux ligaments larges sur lesquels, il repose, en arrière, au rectum, en haut, aux anses grêles;

2° *Côlon pelvien long ou abdomino-pelvien.* Parfois, le côlon pelvien est très long et peut atteindre jusqu'à 80 centimètres de longueur. Dans ces cas, l'anse colique, concave en bas, monte plus ou moins haut dans la cavité abdominale, en avant des anses grêles et du côlon descendant.

3° *Côlon pelvien court.* Parfois encore, le côlon pelvien est court; il descend alors jusqu'au rectum en suivant la paroi postéro-latérale gauche du pelvis et en décrivant une ou deux sinuosités plus ou moins accentuées. Quand le côlon présente cette disposition, il est très peu mobile et relié à la paroi par un méso très court. Parfois même, le méso disparaît et le côlon pelvien est appliqué sur la paroi par le péritoine qui passe au devant de lui.

CHAPITRE III

TUMEURS DE L'UTÉRUS

A. FIBROMES.

Parmi les tumeurs de l'utérus qui déterminent un retentissement pathologique sur le côlon sigmoïde, les fibromes ont à coup sûr une place prépondérante.

Ce sont, en effet, des tumeurs qui, dans leur évolution, sont souvent silencieuses, et la faible intensité des symptômes qui existent ne suffit pas à inquiéter les malades. Les fibromes arrivent donc à acquérir un volume considérable et à produire, par ce fait, des accidents en rapport avec leur accroissement de volume. Il faut dire qu'à l'heure actuelle, les malades hésitent moins longtemps à consulter le chirurgien; tout fibrome diagnostiqué est traité et on voit de moins en moins ces tumeurs atteindre, par une insouciance et une négligence incroyables de la part de leurs porteurs, un poids de plusieurs kilogrammes.

Cependant, il ne faudrait pas en tirer une loi générale en disant que, seules, les tumeurs de volume énorme peuvent provoquer de la compression; c'est souvent lorsque cette tumeur est à peine soupçonnée, quelquefois même méconnue, que les phénomènes d'occlusion se manifestent de préférence (Bœckel).

Quels sont les rapports des fibromes et du côlon pelvien ?

On constate bien souvent, entre la tumeur et l'intestin, l'existence d'adhérences; en effet, l'altération du péritoine est une complication bien fréquente des myomes utérins; la

séreuse est enflammée, distendue, et cette inflammation créera un processus néo-membraneux d'autant plus aisé à se consolider entre les deux organes que ceux-ci seront en contact intime l'un avec l'autre.

Mais la complication la plus intéressante et la plus grave aussi puisqu'elle amène souvent la mort est la compression de l'intestin. Tous les fibromes n'ont d'ailleurs pas à cet égard la même facilité fâcheuse d'écraser le côlon pelvien.

Les fibromes du col et du segment inférieur du corps ont une évolution exclusivement pelvienne qui les rend plus dangereux, même avec un volume moindre; c'est cette variété de fibromes de l'étage inférieur, qui sans atteindre de grosses dimensions (volume d'une pomme) détermine de façon précoce les symptômes les plus douloureux et mettent bientôt obstacle aux importantes fonctions de l'intestin et de l'appareil urinaire, souvent même aux deux simultanément. La tumeur développée primitivement dans le pelvis et souvent bloquée par le ligament large, remplit le petit bassin et ne peut plus franchir le détroit supérieur, elle augmente de volume dans cette enceinte osseuse, inextensible dont elle ne peut sortir, et selon l'expression consacrée, elle s'enclave, exerçant autour d'elle des compressions multiples. Ces fibromes au cours de leur développement et de leur progression arrivent à soulever le péritoine dans la partie postérieure et dans la partie antérieure; du côté gauche il arrive qu'ils dédoublent le mésocôlon sigmoïde, viennent refouler ce dernier sur la paroi postérieure ou bien le font remonter dans la cavité abdominale.

Dans la variété de fibromes inclus dans le ligament large comme on le verra au sujet des kystes de l'ovaire inclus, les compressions ne sont pas moins fréquentes. Chez la malade de Lauwers¹, il s'agissait d'un volumineux myome intra-ligamentaire dont le sommet était coiffé par l'S iliaque

¹, Lauwers, *Bull. de l'Académie royale de Médecine de Belgique* (1893).

de telle façon que les deux feuillets du méso-colon étaient largement étalés sur la tumeur.

Dans l'observation de Gardner², le feuillet antérieur du ligament large était si élevé que sur le côté gauche le péritoine était distant de la paroi abdominale antérieure d'au moins 20 centimètres, tandis qu'en arrière la tumeur avait séparé les feuillets du méso-côlon et de l'S iliaque et se trouvait en contact étroit avec lui.

L'enclavement du fibrome n'est d'ailleurs pas une condition nécessaire à la production de l'occlusion intestinale ainsi que le témoigne l'observation de Le Noüene (obs. 3), la tumeur était très mobile, sans pédicule et sans adhérences. A gauche, le côlon était comprimé par la tumeur sur l'S iliaque et en soulevant le fibrome on voyait au-dessus du point de compression un amas de boulettes fécales. La tumeur n'était pas enclavée dans le petit bassin et le rectum ne subissait pas le poids de la tumeur.

Par quel mécanisme se produit l'occlusion intestinale par les fibromes ? La notion de volume, on l'a vu, doit être prise en considération ; si la tumeur a des diamètres nettement inférieurs à ceux du petit bassin, l'enclavement a des chances de ne pas se produire. Si les diamètres sont trop grands, elle ne pourra être contenue dans le bassin ; si, au contraire, un accroissement, même léger, se produit, la tumeur qui, auparavant, jouait librement dans la cavité, laissant toute liberté au passage des matières fécales va se coincer et écraser l'intestin contre la paroi osseuse.

La cause déterminante de cet accroissement de volume pourra être aussi bien une hémorragie, une rétention partielle de règles dans l'utérus, une simple congestion de la tumeur.

A l'enclavement de la tumeur vient collaborer le renversement en arrière de celle-ci ; il y a là un phénomène semblable à ce qui se passe dans la rétroversion d'un utérus

2. Gardner, *The Montreal Medical Journal* (1898).

gravide : dans les deux cas, on trouve, en effet, une tumeur utérine basculée en arrière, comprimant à la fois la vessie contre le pubis, l'intestin contre la paroi sacrée; dans les deux cas aussi, même gravité si on n'intervient pas dans les accidents de compression, avec la possibilité de sphacèle de l'intestin et la péritonite qui lui fait suite régulièrement.

La compression peut se produire, à la suite de la torsion du pédicule du fibrome, indépendamment de l'accroissement de volume qui succède à la stase veineuse, une tumeur jusque-là bien tolérée, par son changement de position, va venir faire obstacle aux fonctions de l'intestin.

Aussi, à l'autopsie de la malade de l'observation 4 on trouva une tumeur du poids de 1 kg. 100, insérée par un pédicule de la grosseur d'une plume à écrire sur le fond de l'utérus; le pédicule était tordu sur lui-même de droite à gauche comme si le grand diamètre avait été autrefois vertical, puis se serait, par la suite, incliné à gauche pour devenir transversal.

La grossesse est fréquemment une cause déterminante de la compression; un fibrome jusque-là muet au point de vue de cette complication, va subir un accroissement de volume considérable et venir écraser l'intestin contre les parois du bassin.

Il faut aussi faire intervenir le rôle des adhérences de l'intestin avec la tumeur. Il est évident que celle-ci, au cours de son évolution, aura tendance à s'appliquer de plus en plus fortement sur le côlon si elle est guidée dans son développement par des tractus fibreux qui l'amèneront sûrement en contact de l'organe. A elles seules, ces adhérences sont d'ailleurs susceptibles de produire des brides, des coudures qui occasionneront des accidents d'obstruction et même d'occlusion. Ce fait sera mis en évidence à propos de l'étude des tumeurs inflammatoires des annexes où il joue un rôle primordial.

Enfin, ces adhérences seront une cause de difficulté opératoire majeure au cours du traitement chirurgical du

fibrome ; comme le disait Delbet dans son *Traité de chirurgie*, ce sont ces tumeurs qui créent les complications opératoires les plus redoutables et font quelquefois reculer le chirurgien, l'obligeant à refermer le ventre sans avoir réalisé l'ablation de la tumeur.

Au point de vue anatomo-pathologique, les constatations varient suivant les cas : les lésions du sigmoïde peuvent aller jusqu'à la gangrène et la perforation. Cette complication est d'ailleurs fréquente au cours de l'opération (obs. 2). Dans l'observation de Bœckel¹, l'S iliaque est bleuâtre et le péritoine qui la recouvre est terne, et le troisième jour après l'opération la malade meurt de péritonite généralisée. A l'autopsie, on trouve une gangrène de tout l'S iliaque.

Bien souvent, la compression ne va pas jusque-là et les lésions de l'intestin se bornent à une modification de coloration. Chez une autre malade de Bœckel, l'intestin, de l'extrémité supérieure du rectum jusqu'au niveau du côlon descendant, c'est-à-dire toute l'anse sigmoïde, présente des traces de compression violente. Sur les cinq sixièmes de sa circonférence, jusque près de l'insertion du méso, il offre une coloration grisâtre.

Dans l'observation 3, on voit seulement un peu de rougeur au niveau de la portion comprimée.

Au-dessus du point de compression l'intestin est distendu, rempli de matières fécales. L'observation 4 met en lumière ce fait : l'S iliaque directement au contact avec la tumeur est comprimée fortement au détroit supérieur. Les parties situées au-dessus sont très dilatées ; on constate dans leur intérieur quantité de matières demi-liquides.

Il faut souligner que la compression exercée sur le côlon n'est pas tout dans la pathologie de l'occlusion. A la gravité des accidents concourent aussi dureté et accumulation des fèces, péritonite et brides pariétales, ulcération de l'intestin, atonie due à l'abus des opiacés.

1. Bœckel, *Revue de Gynécologie* (1899).

Symptômes. — La première phase du retentissement du fibrome sur l'appareil digestif sera la constipation. La rétention habituelle et prolongée des matières détermine une intoxication lente qu'ont étudiée Posner et Lewin (*Berlin. Klin. Wochenschrift*, 1895). Elle se traduit par un état saburral de la langue et par une teinte jaunâtre du visage qui réalise le type le plus complet du faciès utérin. Barnes a donné le nom de coprémie à la véritable toxémie qui résulte de la résorption des matières excrémentielles qui suit la constipation opiniâtre.

Puis suivent l'obstruction et parfois l'occlusion intestinales; l'étranglement interne de l'intestin se présente avec les mêmes caractères d'insidiosité, de lente installation, avec le même retentissement péritonéal, le même pronostic fatal que s'il s'agissait d'une occlusion par bride ou coudure.

Il faut simplement insister sur le seul point particulier au point de vue clinique qu'offre cette compression : c'est la lenteur avec laquelle, dans les cas abandonnés à eux-mêmes, l'évolution fatale s'accomplit. Il faut en voir l'explication dans le siège bas situé de l'étranglement. Nous retrouvons cette même lenteur dans les occlusions consécutives au cancer du rectum ou de l'S iliaque.

Il faut enfin insister sur la fréquence de la réaction péritonéale. Tous les cas mortels succèdent à une péritonite. Cette péritonite est voisine de celle qui résulte de l'étranglement herniaire non opéré, par transsudation microbienne quand on ne peut mieux l'expliquer par une gangrène et une perforation de la paroi.

B. TUMEURS MALIGNES DE L'UTÉRUS.

Ces tumeurs présentent un intérêt clinique beaucoup moindre que les fibromes au sujet de leurs rapports pathologiques avec le côlon sigmoïde. Qu'il s'agisse d'épithélioma,

de sarcome, de déciduome malin, il est exceptionnel de les voir atteindre un volume tel qu'elles puissent exercer une compression appréciable sur l'intestin. La gravité de l'état général à ce stade empêche de s'inquiéter de l'obstruction intestinale qui pourrait en résulter.

Il est plus fréquent de constater des métastases de cancers utérins sur l'intestin. Celui-ci peut être envahi en plusieurs endroits à la fois et l'évolution des noyaux cancéreux aboutit soit à la sténose soit à la perforation de l'intestin. Là encore, les accidents qui résultent de cette complication n'ont qu'une influence accessoire sur le pronostic et sur le traitement de l'affection primitive ; une tumeur présentant une telle généralisation ne peut guère justifier que d'une intervention palliative.

CHAPITRE IV

TUMEURS DES TROMPES

C'est dans l'inflammation des trompes qu'on doit chercher l'étiologie de la plupart des volumineuses productions pathologiques qui contractent des rapports étroits avec le côlon sigmoïde et qui le troublent dans ses fonctions. Les plus communes sont le pyo-salpinx et l'hydro-salpinx. La rétention de sang dans la trompe est, le plus souvent, liée à l'évolution d'une grossesse extra-utérine et sera étudiée avec celle-ci en même temps que l'hématocèle péritonéale (chapitre VI).

Les adhérences avec l'anse sigmoïde et le côlon pelvien sont surtout fréquentes du côté des annexes gauches, tandis que les annexes droites entrent plutôt en contact étroit avec l'appendice et même le cœcum.

L'infection des annexes retentit toujours plus ou moins sur le péritoine qui les enveloppe et entraîne la production d'exsudats fibrineux éminemment plastiques qui s'organisent et aboutissent à la formation de fausses membranes et d'adhérences.

Ces adhérences sont d'une épaisseur et d'une solidité qui varient suivant l'intensité de l'infection et de la réaction qui tend à la limiter et aussi de l'ancienneté de leur production.

Les adhérences récentes sont fragiles, légères, ressemblant à de minces toiles d'araignées et le moindre effort suffit à séparer les organes qu'elles unissent; plus tard, elles s'épaississent, s'organisent, deviennent solides et résistantes,

si bien qu'il est impossible de séparer sans les rompre les viscères qu'elles unissent.

Les collections purulentes tubaires sont rarement indépendantes, à leur place normale. Le plus souvent, on les trouve accolées aux organes voisins, à la vessie, au rectum, au côlon sigmoïde.

Quelquefois, le pavillon de la trompe, au lieu de n'être réuni à l'anse sigmoïde que par une ou deux brides membraneuses, lui adhère intimement. La conséquence en est l'oblitération de l'ostium abdominale. D'après le mécanisme bien décrit par Forgue, il suffira que la portion interne de la trompe soit bloquée à la suite de repli, torsion ou œdème de la muqueuse tubaire, pour que la salpingite purulente ou non se transforme en un pyosalpinx. Cette tumeur purulente aura pour caractère essentiel d'être accolée, avant même sa formation, à l'anse sigmoïde. Il est beaucoup plus rare qu'un pyosalpinx primitivement formé vienne adhérer à cette portion du gros intestin; entraîné par son propre poids, il tombe généralement dans le cul-de-sac de Douglas et va, de préférence, comprimer le rectum.

Une deuxième complication peut survenir, conséquence de la première : lorsqu'une trompe volumineuse et remplie de pus adhère à l'intestin, ce pus, par un processus ulcératif, tantôt lent et insidieux, tantôt, au contraire, très brusque, tend à se faire jour dans la lumière intestinale; peu à peu, la paroi s'amincit, les diverses tuniques de l'anse sigmoïde sont successivement digérées par les toxines microbiennes. Sous l'influence de l'augmentation progressive du pus dans la poche ou d'une contraction brusque de l'intestin venant tirer sur l'adhérence, la muqueuse se perforé et le contenu du pyosalpinx fait soudain irruption dans le côlon sigmoïde. Si cette déchirure est linéaire, sans perte de substance, il se formera une sorte de clapet qui ne s'ouvrira que par intermittences, sous l'impulsion de l'augmentation de pression et l'on comprendra le mécanisme de

l'écoulement intermittent de pus en quantité considérable dans l'intestin.

Il est plus fréquent de voir la paroi intestinale simplement amincie et ayant perdu sa résistance, de sorte qu'au cours de la séparation des adhérences pendant l'opération, cette paroi, moins solide que les adhérences, pourra se déchirer et l'intestin sera ouvert.

Au lieu de procéder aussi brutalement, cette communication peut s'établir très discrètement. Cliniquement, on observera un véritable suintement de pus, qui passera inaperçu du malade.

Enfin, la communication entre la poche purulente salpingienne et le côlon sigmoïde peut ne pas s'établir. Il y aura simplement infiltration microbienne du méso-sigmoïde, des parois intestinales, du tissu cellulaire périsigmoïdien et l'on verra apparaître les symptômes de sigmoïdite et de périsigmoïdite bien décrits par Saillant dans sa thèse.

Il faut faire une mention spéciale à la tuberculose annexielle; une des variétés les plus fréquentes est la forme ulcéro-caséuse qui envahit la paroi intestinale. C'est aussi celle qui provoque les plus grandes difficultés opératoires. Cette forme ulcéro-caséuse est celle que l'on trouve le plus ordinairement en clinique et il est souvent impossible, lorsqu'on opère de tels cas, de ne pas ouvrir une portion de l'intestin, et si cette complication ne se produit pas immédiatement, il n'est pas rare de voir, dans les jours qui suivent l'intervention, une fistule stercorale s'établir, car l'intestin tuberculisé s'est ulcéré spontanément. On conçoit que dans ces conditions certains chirurgiens aient renoncé à intervenir dans les tuberculoses génitales de la femme; les accidents opératoires sont loin d'être exceptionnels en raison de l'adhérence et de la fusion des divers organes pelviens; et là, tous ne sont pas exposés au même degré. La vessie, bien qu'adhérente, est généralement facile à dégager, les uretères ne sont guère en danger; le gros intestin au contraire, est toujours plus ou moins compromis.

Manifestation cliniques. — On peut les grouper en trois ordres de faits : l'inflammation de l'intestin; l'obstruction de l'intestin; l'ouverture d'une poche purulente dans l'intestin.

On a vu que, bien souvent, le contact permanent de la tunique intestinale avec une collection infectée se traduisait sans tarder par une réaction inflammatoire de cet intestin et du tissu conjonctif qui l'entoure; la malade se présentera avec les signes d'une sigmoïdite ou d'une péri-sigmoïdite; et, de fait, il est courant de constater des phénomènes de colite avec épreintes dysentériques s'accompagnant d'émission de glaires sanguinolentes ou de selles chargées de mucus au cours de l'évolution d'une annexite, surtout d'une annexite gauche. D'autres fois, les lésions inflammatoires prennent le type hypertrophique (périsigmoïdite à forme néoplasique, tumeurs inflammatoires du côlon iliaque) et déterminent des rétrécissements rectocoliques d'origine exogène dont Küss, dans sa thèse, a fait une excellente étude d'ensemble.

Plus rare est l'occlusion intestinale. On en distingue deux formes : d'une part, l'occlusion aiguë, qui est due à l'étranglement d'une anse colique sur une bride, ou à la coudure de l'intestin par une adhérence qui le fixe à un point quelconque du bassin; d'autre part, l'occlusion chronique ou obstruction intestinale, qui se produit surtout dans les cas où l'inflammation d'origine annexielle, s'est propagée jusqu'à l'S iliaque ou au rectum, déterminant un rétrécissement recto-sigmoïdien.

Les troubles intestinaux sont légers au début, se traduisant par une constipation plus ou moins opiniâtre jusqu'au jour où, augmentant en nombre et en intensité, ces adhérences produisent l'obstruction complète. D'après Besnier (mémoire de 1860), lorsqu'une portion d'intestin a contracté avec les parties voisines des adhérences morbides, elle est partiellement frappée d'une immobilité qui apporte un obstacle plus ou moins considérable au cours des matières.

L'influence d'une coudure brusque, sur une adhérence située profondément dans l'excavation pelvienne, en un point déclive, est facile à comprendre comme cause efficace d'occlusion : elle est, en effet, suivie inévitablement de distension. Toutes ces causes pervertissent l'effet normal de la contraction péristaltique de l'intestin. La contraction des fibres lisses, loin de tendre à redresser la coudure contre laquelle elle lutte plus ou moins longtemps, finit par ne contribuer qu'à l'augmenter.

Mais combien de femmes ont été vues, sur la table d'opération, porteuses d'adhérences, de brides intestinales, sans éprouver pour cela d'accidents appréciables du côté du tube digestif. Ces femmes sont perpétuellement sous la menace d'une occlusion qui, pourtant, n'apparaît jamais.

Pourquoi d'autres malades, également porteuses d'adhérences, feront-elles, à tel moment, une occlusion complète ? Il faut faire intervenir ici des phénomènes d'ordre dynamique ; d'une part, les adhérences, d'abord lâches et fragiles deviennent peu à peu résistantes et, sous l'influence des mouvements péristaltiques de l'intestin se rétractent et tirent de plus en plus sur le point adhérent de la paroi colique ; d'autre part, à la suite de perturbations mécaniques ou infectieuses du côté de la tunique intestinale, il se produit un trouble profond et brusque de la contractilité intestinale : cela se traduira, en clinique, par une occlusion aiguë.

La rupture des productions enkystées de la trompe se fait, le plus souvent, dans l'S iliaque ou dans le rectum. Cet accident passe quelquefois inaperçu ; c'est ainsi que certaines femmes ont vidé leur pyosalpinx par l'intestin sans s'en douter et ont guéri par la suite d'une façon considérée comme naturelle.

D'une manière générale, la rupture se traduit par une sensation de déchirement, d'éclatement peu douloureux, accompagnée d'une impression de bien-être, de soulagement et suivie d'un impérieux besoin d'aller à la selle ; il

s'ensuit une évacuation de liquide purulent et fétide. Cet accident se termine souvent par la guérison, la cavité purulente s'affaisse et se rétracte progressivement. D'autres fois au contraire, si l'ouverture est trop importante, ou située trop au-dessus du point déclive, la poche communiquant avec une cavité infectée devient le siège de suppurations secondaires, de fistules interminables qui compliquent l'infection primitive, aggravent l'état général et causent des accidents irréparables.

Les ruptures qui se produisent au cours de manœuvres opératoires ou d'un examen clinique ne passent pas, elles, inaperçues.

En ouvrant, par voie vaginale, une collection adhérente au sigmoïde, les parois de la cavité s'affaissent, mais l'altération de l'intestin persiste et, sous la poussée des matières fécales ou d'un drain trop brutalement introduit, la tunique amincie cède et une fistule s'établit.

Il n'y a d'ailleurs pas lieu de s'alarmer; le plus souvent, les parois reviennent sur elles-mêmes et la perforation intestinale, prise dans le processus de cicatrisation, se bouche presque à coup sûr; l'incontinence sera passagère et la guérison de règle.

Enfin, au cours de l'ablation des annexes après laparotomie, il arrive bien souvent qu'on ouvre la paroi intestinale adhérente et amincie. Dans l'observation de Picard¹, le sigmoïde est à ce point infiltré qu'au moment de sa libération il se déchire sur une longueur de 4 centimètres; à l'examen, on constate que les trois quarts de sa circonférence étaient malades. Le traitement de cette complication opératoire sera exposé au chapitre VIII.

1. Picard, *Bull. et Mém. Soc. Nationale de chirurgie*, Paris (1928).

CHAPITRE V

TUMEURS DES OVAIRES ET DU PAROVAIRE

A. KYSTES. — Les kystes de l'ovaire, surtout ceux qui se développent aux dépens de l'ovaire gauche, doivent à cette situation d'implantation latérale une remarquable facilité de retentir fâcheusement, dans un grand nombre de cas, sur le fonctionnement du gros intestin.

Les kystes, au début, peuvent se développer librement vers la cavité abdominale, et si ce développement devient excessif, d'une façon plus ou moins brusque, la tumeur, par sa masse, va écraser l'intestin arrêtant complètement ou partiellement le cours des matières; on assiste aux phénomènes de compression.

D'autres fois, dès le début de sa formation et par un mécanisme qui sera étudié plus loin, le kyste contracte avec le gros intestin des adhérences qui, par suite de tiraillements, de coudure produiront des accidents d'intensité variable.

Enfin, si les adhérences sont intimes, si le kyste s'accole contre la paroi du sigmoïde, tout comme dans le cas du pyosalpinx, la poche pourra entrer en communication avec l'intestin et s'évacuer par celui-ci.

Les phénomènes de compression sont, sinon les plus fréquents, du moins d'une constatation banale, depuis la simple constipation jusqu'à l'obstruction complète, l'occlusion intestinale.

A ce point de vue, on doit considérer plusieurs modalités dans l'évolution des kystes de l'ovaire, tenant surtout à la diversité de leur propagation par rapport aux feuillets

péritonéaux et, par conséquent, à leurs rapports différents avec le côlon sigmoïde.

Tout d'abord, les kystes qui évoluent librement vers la cavité abdominale ont une marche silencieuse au début; ce n'est qu'à une période avancée de la maladie, quand la tumeur agit par son poids et son volume plus que par ses connexions, que les phénomènes de compression peuvent apparaître.

Au contraire, il est une autre variété : les kystes inclus dans le ligament large qui ont pris naissance soit des vestiges du corps de Wolff, soit du hile de l'ovaire où pénètrent ces vestiges et qui doivent à cette position de croître avec plus de lenteur et aussi de donner plus précocement naissance aux phénomènes de compression. Ceux-ci sont, en effet, l'apanage de toutes les tumeurs intra-ligamentaires, quelle que soit leur origine, qui sont bridées par le plancher pelvien.

Les kystes de l'ovaire peuvent ne point rester limités dans cette enceinte ligamentaire. Ils peuvent devenir rétropéritonéaux; cette variété, d'après Pozzi, comprend des kystes sessiles qui, ne restant pas confinés dans le ligament large, en dépassent les limites et cheminent sous le péritoine, dans les interstices cellulaires, loin de leur point de départ. La tumeur, dans ce cas, peut croître entre les feuillets du mésentère, surtout du mésentère de l'anse sigmoïde. De cette manière, des connexions intimes, étroites, directes, sans interposition de péritoine s'établissent entre la tumeur et la paroi intestinale. Le ligament large est souvent détruit, sa portion la plus interne peut rester intacte et former une sorte de pédoncule au kyste tandis que son feuillet postérieur est entraîné par celui-ci; il se déplisse complètement et s'élève. La portion inférieure du côlon iliaque est rejetée vers la ligne médiane et l'anse sigmoïde passe en écharpe au niveau de la tumeur.

Chez la malade de l'observation 20, on retrouve une disposition analogue de kyste rétropéritonéal : « On s'aperçoit

que le kyste est inclus dans le ligament large; au sommet, on trouve l'S iliaque qui le coiffe et qui adhère entièrement à lui, son méso ayant été dédoublé par la tumeur... Le premier temps effectué, on revient à l'S iliaque et on voit que celle-ci est complètement ou partiellement dépourvue de son méso sur une longueur de 25 centimètres. L'intervention est décidée. »

Quelle est la pathogénie de l'occlusion produite par les kystes de l'ovaire ? Dès 1888, Hochenegg, en avait distingué trois variétés :

1° Le kyste de l'ovaire est soudé à l'anse sigmoïde; à la suite de la torsion du pédicule, l'anse se coude.

2° Le long pédicule de la tumeur s'enroule autour d'une anse intestinale et l'étrangle. Cette seconde variété n'est pas intéressante du point de vue de cette étude. Ce ne sont guère, en effet, que les anses grêles qui puissent ainsi être prises dans une sorte de boucle, de nœud du pédicule.

3° Le pédicule, raccourci par rotation, comprime l'anse sigmoïde contre la paroi du bassin.

Au sujet de la première variété d'occlusion, on doit étudier ici le mode de production des adhérences entre les kystes de l'ovaire et le gros intestin. Dans les premières phases du développement des kystes l'épithélium cylindrique qui les recouvre les protège contre la formation d'adhérences; mais la desquamation de ce revêtement permet ensuite la production de fausses membranes sous l'influence des frottements et des irritations externes; la péritonite plastique joue un grand rôle dans l'établissement de ces attaches membraneuses. Lâches et glutineuses au début, elles deviennent de plus en plus intenses avec le temps; l'intestin peut être, pour ainsi dire, fusionné avec la paroi de telle sorte qu'une dissection est impossible et qu'il faut entamer le kyste pour le séparer.

Quelquefois, le pôle supérieur du kyste est le seul qui présente des adhérences avec le côlon; le pôle inférieur vers le pédicule est, au contraire, libre. Au point de vue

opératoire, ceci est intéressant : il faudra, si possible, s'attaquer d'abord à la partie inférieure libre et sectionner le pédicule; on décortiquera alors le kyste de bas en haut, des parties libres vers les parties adhérentes.

Indépendamment des complications que peut provoquer dans la masse du kyste lui-même, la torsion du pédicule, il faut noter que cette torsion est souvent à l'origine d'une occlusion intestinale. La torsion du pédicule entraîne, en effet, le raccourcissement de celui-ci et la tumeur qui, auparavant, flottait librement dans la cavité péritonéale, par la brusque traction dirigée de haut en bas, vient s'enclaver et écraser les organes qui ne peuvent se dérober : le côlon pelvien se trouve ainsi coincé contre le sacrum ou bien la tumeur subit une rotation sur son axe et sa nouvelle position ne permet plus de jeu entre elle et les parois du bassin.

Nous trouvons un tel mécanisme à l'origine de l'occlusion intestinale que présenta la malade de Boehler¹ : « A l'intervention, on trouva logé dans la moitié gauche de l'abdomen, un kyste des dimensions d'une tête de fœtus, déjà en état de nécrobiose. Le pédicule court, massif, comprenant la trompe et le ligament large était tordu. La torsion s'était effectuée du dehors vers le dedans et le sigmoïde, au croisement de la ligne innommée était fortement attiré vers le pédicule de la tumeur et coudé de façon à oblitérer complètement la lumière intestinale. »

Enfin, les kystes de l'ovaire peuvent s'ouvrir dans l'intestin. Cette rupture a lieu, le plus souvent, dans le rectum ou dans le côlon sigmoïde. Pour pouvoir se produire, elle nécessite la production antérieure d'adhérences qui ont permis par leur texture extrêmement serrée un contact étroit entre la tumeur et l'intestin. La paroi intestinale est alors amincie, ses tuniques s'altèrent et finissent par disparaître et sous l'influence d'un choc, d'un effort de défécation, ou même spontanément, la communication s'établit. Dans les

1. Boehler, *Bull. de la Soc. d'obst. et de gynec.* (Paris, 1930).

cas de suppuration du kyste, la tension pénible qui existait cesse brusquement, un grand soulagement en résulte. Mais il est rare qu'il aille vers la guérison : au contraire, les matières intestinales peuvent venir infecter la cavité du kyste, la fistule ne se ferme pas et la malade ne tarde pas à succomber à l'infection.

Symptômes. — Les symptômes qui traduisent la compression du côlon sigmoïde par le kyste n'offrent pas de caractères particuliers. Ils varient d'intensité depuis la simple constipation opiniâtre jusqu'à l'occlusion intestinale aiguë. Il faut insister sur ce fait : celle-ci se produit de bonne heure lorsqu'il s'agit d'une tumeur incluse, plus tardivement quand la tumeur est abdominale.

La simple compression habituelle déterminera l'obstruction chronique, tandis que les phénomènes d'étranglement interne succéderont à la torsion du pédicule du kyste.

B. TUMEURS MALIGNES DES OVAIRES. — Les tumeurs malignes des ovaires, tout comme les kystes, peuvent présenter des adhérences avec l'intestin et déterminer par le même mécanisme des phénomènes de compression : Dans un cas du Professeur Chavannaz, un cancer d'évolution sournoise eut comme première manifestation une occlusion intestinale. Là encore entrent en jeu les questions de volume, de situation, d'évolution, par rapport au péritoine ; il est inutile d'insister.

Au contraire, une propriété particulière des tumeurs malignes est de s'essaimer en des métastases à distance : On voit apparaître ici une nouvelle complication du côté de l'intestin : la formation d'un cancer.

Le diagnostic clinique sera en général facile à faire : en s'appuyant sur l'examen local direct et sur la radiographie — il faudra toutefois éliminer la compression simple de l'intestin par la tumeur.

Il est intéressant, en présence d'une malade qui présente

à la fois un cancer de l'ovaire et un cancer du sigmoïde, de préciser la relation qui existe entre les deux tumeurs. Massabuau et Etienne (*Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale*, 1913) posent les conclusions suivantes : « Lorsque tumeur ovarienne et tumeur intestinale coexistent, il y a bien des chances pour que la tumeur ovarienne soit secondaire. » Cette opinion est actuellement controversée et l'on doit faire des réserves : Dans le cas de tumeur propagée à partir de l'intestin, les deux ovaires sont presque toujours envahis en même temps par greffe de cellules libérées dans le péritoine ou cheminant dans les lymphatiques ; les noyaux cancéreux se développent à la surface de l'organe, dans la couche corticale ; ils sont de petit volume et passent le plus souvent inaperçus.

Au contraire, un ovaire primitivement atteint présentera une tumeur unilatérale, volumineuse, avec des poches kystiques ; l'examen histologique en démontrera l'origine.

Enfin on doit envisager l'hypothèse de deux cancers primitifs, l'un du gros intestin, l'autre de l'ovaire, évoluant simultanément pour leur propre compte chez la même malade. Là encore l'histologie tranchera la difficulté du diagnostic. Il ne faut pas oublier cependant que des cellules néoplasiques transplantées dans un milieu nutritif différent de leur milieu d'origine peuvent subir des transformations capables de masquer leur parenté avec la tumeur d'où elles proviennent, et qu'un cancer de l'intestin examiné sous le microscope sera susceptible de n'avoir plus les caractéristiques histologiques du cancer de l'ovaire dont il n'est qu'une métastase.

CHAPITRE VI

GROSSESSE EXTRA UTÉRINE ET COLLECTIONS ENKYSTÉES VOLUMINEUSES DU PÉRITOINE

Il est assez rare que l'occlusion intestinale soit une complication de la grossesse extra-utérine. Le nom seul de cette affection évoque en effet un accident brutal, la rupture, nécessitant l'intervention chirurgicale immédiate, et on s'inquiète peu à ce moment de l'état du transit intestinal des malades. Mais il n'en est pas toujours ainsi ; on trouve relatées dans la littérature médicale de nombreuses observations dans lesquelles la grossesse ectopique, non diagnostiquée évidemment, avait évolué durant un temps souvent considérable, jusqu'à dix et quinze ans. Devant de tels faits, on ne doit plus s'étonner que seule la complication provoquée par le volume de la tumeur fœtale ou de l'épanchement sanguin apparaisse la première et motive seule l'intervention du praticien.

La grossesse extra-utérine peut provoquer la compression du gros intestin de diverses façons :

- 1° la compression de l'intestin par fœtus ou lithopœdion ;
 - 2° l'écrasement par un gros épanchement de sang dans le péritoine ;
 - 3° les adhérences par brides cicatricielles résultant de l'organisation du caillot et de la réaction inflammatoire du péritoine ;
 - 4° les adhérences ou la compression par hématosalpinx.
- 1° Lorsque la grossesse atteint les dernières phases de

son évolution, il est deux variétés dans lesquelles on observe des phénomènes de compression du rectum ou de la partie inférieure du côlon sigmoïde, ce sont les grossesses intra-ligamentaires et les grossesses abdominales. Dans l'observation 24 (de Chevalier), malgré l'intervention, tardive il est vrai, la malade succomba à l'occlusion intestinale et, à l'autopsie, on trouva dans le cul-de-sac de Douglas un fœtus de trois mois qui, joignant son action à celle du sang épanché, écrasait l'intestin.

Plus fréquentes sont les simples adhérences qui unissent le fœtus ayant subi ou non l'imprégnation calcaire, à l'intestin. Freund a signalé dans la grossesse abdominale les coliques intestinales et la diarrhée qui proviendraient de l'irritation de l'intestin auquel est adhérent le kyste fœtal.

Chez la malade de Guillaume Louis¹, on trouva à l'ouverture du ventre une masse dure, calcaire, lithopédion type. Elle était en dehors des annexes, mollement adhérente à l'S iliaque et à l'épiploon.

Dans l'observation de Brugeas², au contraire, la laparotomie montra une tumeur ayant contracté des adhérences très intenses avec l'anse sigmoïde qu'on fut obligé de décoller au bistouri et à la compresse, ce qui déterminait un suintement sanguin assez abondant.

A ce propos, il faut noter que les fausses membranes et les organes qu'elles tapissent deviennent excessivement vasculaires ; ceci peut être l'origine, au moment d'une intervention chirurgicale, d'hémorragies redoutables. L'intimité des adhérences et leur solidité peuvent encore être la cause, toujours pendant l'intervention, de perforation de l'intestin, ainsi que le témoigne l'observation 26 : « La dissection de la tumeur hypogastrique est pénible ; elle est développée aux dépens de la trompe droite et présente avec l'anse sigmoïde des adhérences si intimes que, l'opération terminée, une portion de cette anse est privée de

1. Guillaume Louis, *Bull. et Mém. Soc. chirurg.* (1925).

2. Brugeas, *Bull. et Mém. Soc. chirurg.* (1929).

son méso et déchirée sur un centimètre environ. L'opérateur préféra écourter une opération déjà laborieuse en extériorisant l'anse dénudée. »

Symptômes. — Dans le cas de compression lente, les phénomènes d'obstruction chronique avec débâcles diarrhéiques correspondent à des hémorragies successives, jusqu'au moment où l'occlusion devenant complète, apparaît nettement avec ses symptômes caractéristiques. Dans le cas de lithopédion, seuls les antécédents pourront mettre sur la voie du diagnostic. Le plus souvent, la tumeur est solidement fixée au fond du petit bassin et il est en effet impossible, par l'examen clinique, de se rendre compte de sa nature. Si les antécédents manquent, la laparotomie exploratrice fera seule connaître l'étiologie des accidents.

2° Les complications survenant au cours de l'hématocèle intrapéritonéale, en particulier l'occlusion intestinale, ont peu attiré l'attention des auteurs. Les faits caractéristiques d'occlusion franche sont, en effet, rares ; ils n'en existent pas moins.

Le sang et les caillots provenant de la rupture de la grossesse extra-utérine remplissent le cul-de-sac de Douglas, repoussant l'utérus en avant et écrasant l'intestin en arrière. Puis au bout d'un certain temps se forme, à la périphérie, une sorte de coque d'épaisseur variable, constituée par de la fibrine déposée en couches concentriques quelquefois méconnaissables, et par des fausses membranes adhérant à tous les organes voisins.

Lorsque l'hématocèle est considérable, la masse sanguine comprime totalement le sigmoïde et on assiste à l'occlusion complète, aiguë ; l'obstruction chronique, progressive, par contre, a pour cause l'accroissement successif de la collection hématique chaque fois qu'une nouvelle hémorragie vient l'alimenter.

Là ne se borne pas l'évolution de l'hématocèle : lorsque la résorption du liquide épanché ne s'est pas effectuée, les

organes du petit bassin sont refoulés, irrités. Il se forme un exsudat fibrineux aux dépens de la coagulation du sang, et cet exsudat se répand tout autour du caillot, il tapisse les parois de la poche. Des cellules jeunes de néo-formation accompagnées de leucocytes vont proliférer entre les organes un tissu embryonnaire abondant, lâche au début, mais qui ne va pas tarder à se consolider et à s'épaissir. Les brides et les adhérences nées de cette péritonite irritative reliant l'intestin à la tumeur péritonéale et l'attirant en des positions vicieuses, provoqueront des accidents par un mécanisme déjà décrit au sujet des inflammations annexielles.

C'est ce que l'on constate dans l'observation 24. La malade mourut d'occlusion intestinale et, à l'autopsie, on trouva une masse occupant tout le cul-de-sac utéro-rectal empiétant un peu sur la fosse iliaque droite ; sa paroi était épaisse de 8 à 10 millimètres environ et stratifiée ; la poche kystique, de couleur noirâtre, était adhérente au côlon sigmoïde et à la cavité pelvienne.

Il faut enfin insister sur l'importance de l'infection dans la genèse des accidents intestinaux au cours des hémato-cèles pelviennes : c'est d'ailleurs un fait souvent observé que l'action des poussées inflammatoires nouvelles sur les phénomènes d'occlusion. D'après Michaux, les simples adhérences suffisent dans une minorité de cas à expliquer l'occlusion ; le plus souvent, l'arrêt des matières serait occasionné par une poussée de péritonite surajoutée.

Au point de vue clinique, l'occlusion intestinale prendra la variété aiguë ou chronique suivant les cas ; et cette complication de l'hématocèle ne peut être décrite selon une règle fixe et invariable. On a vu la différence capitale qui existe à ce point de vue entre l'inondation péritonéale massive qui écrase l'intestin et les petites hémorragies répétées qui provoquent peu à peu une compression lente du côlon sigmoïde.

Maintes fois l'hématocèle sera méconnue ou semblera

guérie depuis longtemps lorsque surviendra brusquement une occlusion intestinale qui emportera la malade. Seule l'autopsie pourra apporter la certitude du diagnostic.

La compression massive de l'intestin par une volumineuse collection sanguine se reconnaît aisément par le toucher : réplétion des culs-de-sac latéraux ou postérieurs du vagin s'accompagnant de signes d'hémorragie interne évidents. Les accidents d'occlusion sont intenses et d'apparition rapide. Mais il faut se méfier de ce que les symptômes dus à la douleur ou dus à l'hémorragie elle-même, accompagnant la formation de la tumeur pelvienne, ne viennent masquer complètement les accidents intestinaux ; l'épanchement de sang dans la cavité abdominale provoque un *shock* péritonéal intense qui peut amener par inhibition l'arrêt des fonctions gastriques et intestinales. L'occlusion intestinale vraie pourrait alors être confondue avec un réflexe d'action transitoire.

Dans le cas d'occlusion par brides ou adhérences, il faudra se baser s'il est possible sur la notion de la formation antérieure d'une hématocele. La marche est insidieuse, entrecoupée de poussées de péritonite plus ou moins marquées. L'état général décline et la mort survient souvent à l'occasion d'une poussée plus intense arrêtant complètement le cours des matières.

Une dernière complication de l'hématocele pelvienne est l'ouverture de celle-ci dans l'intestin. Le plus souvent la communication se fait avec le rectum. Mais on connaît quelques cas dans lesquels le sigmoïde fut intéressé : A la suite d'adhérences intimes et prolongées, la paroi intestinale s'amincit, sa tunique musculaire disparaît. A l'occasion d'un effort, la dernière barrière s'effondrera et un flot de liquide brun ou chocolat s'évacuera par l'anus.

3° HÉMATOSALPINX. — La rétention de sang dans la trompe peut à coup sûr se produire en dehors de toute grossesse : dans une poche salpingienne déjà formée se produisent des ruptures vasculaires et le sang épanché se

rassemble en une collection qui vient distendre la trompe malade ; mais le plus souvent on a à retenir comme étiologie une grossesse extra-utérine précocement rompue dans laquelle la déchirure a respecté les parois de la trompe. C'est pour cela qu'il faut rattacher les rapports pathologiques des hématosalpinx et du côlon sigmoïde à ceux de la grossesse extra-utérine en général.

D'ailleurs, on pourrait répéter ici tout ce qui a été dit au sujet des hydrosalpinx et des pyosalpinx : la collection tubaire agit par ses adhérences ou par son propre volume : accessoirement elle peut s'ouvrir dans l'intestin ; seule l'étiologie et l'histoire de la malade pourront amener à en faire la discrimination.

Chez la malade de Le Fort (observation 17), on sentait à la palpation abdominale une tumeur située à gauche, en dehors de l'utérus, qui paraissait développée dans le ligament large ; elle avait le volume d'une tête d'enfant. Après laparotomie, on constata que cette masse se continuait avec la corne utérine gauche. Le feuillet péritonéal qui la recouvrait furent connus pour être le mésocôlon iliaque, l'S iliaque lui-même ayant été refoulé par la tumeur dans la fosse iliaque droite. Le méso ayant été incisé, il fallut le suturer après l'ablation de l'hémato-salpinx.

Comme dans ce cas, il est de règle que ce soient les hémato-salpinx développés aux dépens des annexes gauches qui jouent le plus grand rôle dans les complications sur le côlon sigmoïde.

PELVI-PÉRITONITES. — Le mot de pelvi-péritonite est réservé aux collections intrapéritonéales enkystées du bassin où le pus s'accumule, non dans la trompe distendue, mais dans les compartiments de la séreuse (Forgue). Il ne sera pas question ici des réactions subaiguës du péritoine aboutissant à des adhérences viscérales, comme la périmétrite, la périsalpingite, qui peuvent tout aussi bien s'accompagner d'accidents du côté de l'intestin, par étranglement ou coudure sur une bride de néoformation.

A la suite d'une infection du péritoine pelvien, le pus tend à s'enkyster. La coque qui l'entoure devient épaisse et si résistante que, comme dans l'hématocèle, elle pourra en imposer pour un fibrome. Une telle évolution ne se fait pas sans repousser, comprimer, voire même ulcérer les organes voisins. Aussi la collection peut s'ouvrir spontanément dans l'S iliaque à la suite d'un véritable processus de résorption des tuniques de celui-ci, et cet accident peut, tout comme dans le pyosalpinx, être un mode de guérison spontanée. Indépendamment des phénomènes compressifs que la collection exerce sur l'intestin, il se forme tout autour d'elle, traduisant la péritonite plastique, des adhérences qui vont être la cause d'accidents d'occlusion parfois complète et amenant la mort de la malade. Chez la même malade de l'observation 27, nous relevons à la fois les deux complications de compression par bride et d'ouverture dans l'intestin d'une collection pelvi-péritonéale : à l'autopsie, on trouva dans le cul-de-sac de Douglas deux poches purulentes à parois épaisses ; l'une était très voisine du rectum, le contenu était crémeux. Ces deux poches communiquaient entre elles par un orifice ; l'une d'elles présentait une seconde ouverture par laquelle on arrivait le long du rectum à une nappe de suppuration diffuse et à un orifice creusé à travers l'intestin. Les deux poches se vidaient par regorgement dans le rectum ; au-dessus de la nappe de pus s'étaient formées des fausses membranes qui, elles, étranglaient l'S iliaque de façon à amener l'obstruction intestinale.

CHAPITRE VII

DIAGNOSTIC

ADHÉRENCES. — Il est bien des cas dans lesquels les malades possèdent des adhérences entre une tumeur pelvienne et le côlon sigmoïde et ne présentent aucun trouble fonctionnel du côté de l'intestin ; tout l'intérêt de ces adhérences résulte des difficultés et même des accidents opératoires dont elles sont l'origine au cours d'une intervention. D'autres fois, une constipation opiniâtre, une surcharge fécale de l'anse sigmoïde, des défécations pénibles, s'accompagnant de mucus, parfois même de sang et de glaires, de lambeaux de muqueuse, traduisent l'irritation de l'intestin sous l'influence des tiraillements auxquels il est soumis.

L'occlusion intestinale, qu'elle soit produite par une suture du côlon pelvien sur une bride néomembraneuse ou par écrasement de l'intestin sous la masse d'une tumeur pelvienne, revêt les caractères habituels des occlusions bas situées en général, quelle qu'en soit leur cause. Sans y insister, il faut noter leurs caractères d'insidiosité, de lente installation, leur retentissement péritonéal, leur pronostic fatal si une intervention ne vient pas lever l'obstacle. C'est une péritonite par transsudation microbienne, si l'on peut dire, comme celle qui suit l'étranglement herniaire, si le sphacèle de la paroi intestinale ne vient pas, par une perforation, en apporter une explication plus immédiate.

Plus intéressante est l'étude de l'obstacle de plus en plus infranchissable que provoque la compression progressive d'une tumeur sur le côlon.

COMPRESSION. — Bien que la tolérance du gros intestin soit fort grande à toutes les actions extérieures, on peut noter dans la période de latence de la sténose sigmoïdienne des signes qui attirent l'attention du clinicien.

La constipation au début est généralement la règle. Elle est souvent mise sur le compte de l'habitude, de l'inflammation de l'appareil génital, mais elle s'aggrave bientôt progressivement. Elle aboutira plus tard à l'obstruction chronique.

Elle est parfois entrecoupée de périodes de diarrhée ; dans quelques cas, cette diarrhée est la première manifestation qui témoigne de la réaction de l'intestin irrité par la rétention au-dessus de l'obstacle : d'où hyperesthésie et plus grande sécrétion glandulaire. Elle prouve simplement l'intégrité anatomique et fonctionnelle de la muqueuse intestinale et l'existence d'un processus sténosant d'évolution rapide. La dégénérescence de l'organe n'a pas eu le temps de se produire. On peut noter aussi des épreintes douloureuses, des envies d'aller à sa selle non suivies d'effet.

Les selles sont le plus souvent molles ; elles peuvent être ovillées, rubanées ; elles sont fragmentées et adaptent leur consistance à la sténose.

Quand on les examine, on constate la présence de mucus qui traduit la réaction inflammatoire de l'intestin, et qu'il ne faut pas confondre avec le pus abondant qui provient d'une poche salpingienne ou péritonéale ouverte dans le sigmoïde.

Les signes subjectifs consistent en la sensation spéciale d'obstacle à la sortie des matières et à l'émission des gaz et en coliques.

Les coliques démontrent la lutte de l'intestin contre l'obstacle et les contractions paroxystiques de ses parois. Il faut ajouter encore les douleurs lombaires ou sciatiques qui résultent de la compression du plexus sacré par les matières accumulées au-dessus de la sténose.

Les symptômes généraux deviennent de plus en plus marqués à mesure qu'augmente la rétention des matières. Ce sont des nausées, des troubles gastriques, un état d'épuisement nerveux et physique, une figure tirée, en un mot la véritable réunion des symptômes connus sous le nom de syndrome utérin.

MOYENS D'EXPLORATION. — 1° La *palpation abdominale* peut renseigner sur les lésions des organes pelviens péri-coliques et sur les rapports des tumeurs avec le côlon sigmoïde. Elle donne des renseignements de deux ordres visant :

- 1° la recherche d'une tumeur juxta-colique,
- 2° la recherche de la situation et la détermination des rapports du côlon pelvien.

Le plus souvent, l'anse sigmoïde dilatée en amont de la sténose, remplie de matières fécales, durcie et distendue par les gaz, forme une masse appréciable à la palpation, sur le plan résistant du bassin.

On aura intérêt à placer la malade dans la position d'Israël qui permet de dégager le côlon ilio-pelvien de la masse du grêle et de pratiquer simultanément le toucher rectal.

2° Le *toucher rectal et le toucher vaginal* permettent d'explorer toute l'anse pelvienne et le petit bassin, mais ils doivent toujours être combinés au palper; l'extrémité de l'index peut atteindre la limite supérieure recto-sigmoïdienne si un aide repousse fortement l'avant-bras de l'opérateur. Le doigt appréciera l'état des divers organes pelviens et du calibre intestinal. Il notera en passant l'état de la muqueuse.

3° La *sonde* peut être accessoirement employée comme dans les expériences de physiologie de O'Brien, pour remplacer le doigt. Mais elle est bien moins sensible et les indications qu'elle donne sont sujettes à caution. La sonde doit normalement cheminer sans difficulté dans le conduit

intestinal ; elle buttera contre un obstacle et se retournera sur elle-même.

4° *L'endoscopie recto-colique* doit dans tous les cas douteux être appelée à trancher la difficulté. La technique en est exposée dans tous les traités de chirurgie ; on pourra donc s'y reporter.

5° *Radiologie*. La méthode qui nous donne au sujet des lésions du côlon sigmoïde provoquées par une tumeur pelvienne voisine les renseignements les plus intéressants est assurément la radiologie. Un examen radioscopique permettra d'étudier le dynamisme de l'intestin au niveau du point suspect, la radiographie nous donnera le loisir d'étudier plus en détail la lésion du conduit intestinal et nous enseignera la conduite opératoire à tenir.

Les rayons X nous dévoileront enfin, seuls ou combinés au palper, les modifications anatomiques et nous permettront de les définir.

Les renseignements qu'ils nous permettent d'obtenir sont de trois ordres sur :

1° les vices de progression : sténoses, coudures permanentes ;

2° les vices de calibre : coudures simples, dilatation, rétrécissement, spasmes ;

3° les vices de rapports : ptoses, déplacements, torsion.

Chez un sujet normal, un lavement d'un litre arrive au cœcum en moins d'une minute. S'il existe une sténose du gros intestin, la caractéristique de l'examen radioscopique est l'arrêt prolongé du lavement opaque au niveau du point sténosé. Cet arrêt est un arrêt brusque, il peut durer de 5 à 15 minutes, tandis que les arrêts normaux ne durent que quelques secondes ; l'augmentation de la pression du lavement ne produit aucune modification ; le massage direct de l'intestin sous écran ne fait pas progresser le liquide bismuthé, pas plus que les mouvements respiratoires forcés ni les changements de position de la malade.

Les matières passent encore dans cet intestin ; pourquoi

donc un lavement subit-il un arrêt aussi brusque et aussi irréductible, du moins pendant un certain temps ? La cause la plus probable en est le spasme déterminé par l'irruption soudaine de liquide bismuthé sur une muqueuse enflammée, tandis qu'hormis le cas d'occlusion complète les matières arrivent toujours à franchir le rétrécissement au bout d'un temps plus ou moins long.

A quoi est due la sténose : est-ce une bride péritonéale, est-ce une compression extrinsèque ? Dans le premier cas, le changement subit de la direction du conduit intestinal et la brièveté du segment rétréci mettront sur la voie du diagnostic ; dans le second, on devra s'appuyer sur les signes cliniques que manqueront rarement de présenter les malades qui possèdent une tumeur pelvienne assez volumineuse pour oblitérer l'intestin sous leur masse.

Enfin, Paul Petit-Dutaillis, en 1928, a montré tout le profit qu'on pouvait retirer de l'examen radiologique avec injection intra-utérine de lipiodol, associée au repas et au lavement opaques : « Au début, dit-il, par cette méthode d'injection de lipiodol dans l'utérus, nous trouvions déjà très beau d'être renseignés sur la perméabilité des trompes, avec une sûreté, une précision que ne peut donner l'insufflation d'air. Maintenant elle nous dessine, comme malgré nous, les organes qui entourent le tractus génital, et j'ai montré qu'on pouvait étendre le champ de son action en la combinant à la radiologie intestinale après introduction de gélobarine par en haut et par en bas, quand il s'agit d'une de ces tumeurs intra-ligamentaires sur les rapports principaux desquelles nous ne sommes pas fâchés d'être fixés avant que de nous y attaquer. »

CHAPITRE VIII

TRAITEMENT

Il n'est pas du cadre de cette étude d'exposer quel doit être dans chaque variété de tumeur pelvienne le traitement à instituer. On verra simplement comment, du fait que le côlon sigmoïde est intéressé dans l'évolution de ces tumeurs pelviennes, devront être orientées les indications thérapeutiques et quelles seront les complications opératoires tenant à la présence de l'intestin dans le processus pathologique.

De ce fait on n'aura pas à parler de traitement médical. D'ailleurs, dans le cas de diagnostic incertain, on devra s'inspirer du principe de Lejars : le doute est inscrit aux indications de l'opération ; il faut aller voir.

Malheureusement, il n'en est trop fréquemment pas ainsi et la malade affligée d'une obstruction intestinale n'est livrée au chirurgien qu'à toute extrémité, alors que toute la gamme des moyens médicaux a été épuisée.

1° *Fibromes*. — Dans le cas de fibrome enclavé provoquant l'occlusion intestinale, les anciens chirurgiens avaient fort en faveur les manœuvres de réductions : Les malades étaient mises dans des positions diverses, décubitus latéral, position gènu-pectorale. Godefroy plaçait sa malade la tête en bas, les cuisses et les jambes reposant seules sur le bord du lit. Puis à l'aide d'instruments et des doigts, introduits dans le rectum ou dans le vagin, ils essayaient de faire basculer la tumeur.

Toutes ces méthodes n'ont qu'un intérêt historique et, aujourd'hui, on a abandonné ces manœuvres aveugles.

Exception faite pour les malades très âgées ou d'un état de faiblesse extrême chez lesquelles on se contentera d'un anus iliaque gauche pour parer au plus pressé, on fera une opération plus complète ; on pratiquera l'hystérectomie et l'ablation du fibrome.

Mais il est des cas dans lesquels l'hystérectomie abdominale classique est rendue impossible par le volume et la situation de la tumeur utérine. Dans ces cas complexes avec fibrome inclus dans le petit bassin et utérus bloqué latéralement par des masses annexielles adhérentes, il faudra pouvoir mobiliser la tumeur ; cette mobilisation n'est guère possible par le procédé par décollation, encore moins par le procédé américain. Seul le procédé de l'évidement du professeur Bégouin permet de libérer l'utérus : Le pincement et la section de l'étage supérieur des ligaments larges étant exécutés, le chirurgien fait une incision circulaire périphérique sur le fibrome, et à partir de cette circonférence le bistouri décrit une succession de cônes dont le sommet doit aboutir en bas au centre de la masse pelvienne, « de la même façon que de la pointe d'un couteau l'on évide la partie gâtée d'une poire ».

Tout le centre du bloc pelvien, primitivement inabordable, est maintenant évidé grâce à ce vide central ; il suffit de tirer avec des pinces de Museux sur les bords de la capsule pour voir sa périphérie s'éloigner des parois du bassin. L'hystérectomie devient alors facile comme une hystérectomie ordinaire.

On procédera à l'enfouissement des parties de l'intestin qui pourraient être sphacélées, de couleur feuille morte, et au moindre doute sur l'intégrité des parois on pratiquera un drainage à la Mickulicz.

2° *Annexités enkystées.* — Le point dominant de la thérapeutique consiste ici à libérer les adhérences qui unissent les annexes au côlon sigmoïde ; de leur situation, de leur épaisseur, de leur ancienneté dépendent la technique à observer. Le chirurgien devra donc ne pas s'enfermer dans

l'exécution d'un procédé unique, mais adopter la méthode la mieux adaptée aux lésions qu'il a sous les yeux.

En règle générale, les adhérences sont moins solides vers le fond du pelvis qu'au détroit supérieur ; on trouve du côté de la partie inférieure du Douglas des zones de clivage, des passages libres plus accessibles que vers le haut et on décolle plus facilement les annexes adhérentes en les attaquant par le bas.

Le procédé de J.-L. Faure d'hémisection utérine est le procédé à employer quand il existe une annexite biatlérale adhérente aux parois pelviennes et lorsque le fond de l'utérus est inaccessible.

Dans le procédé de Terrien, on enlève dans un premier temps l'utérus et, par cette voie, on décolle ensuite les annexes de bas en haut.

Le procédé par décollation antérieure convient aux cas dans lesquels l'utérus est renversé en arrière, irréductible et adhérent.

Enfin le procédé américain peut être utilisé quand d'un côté au moins les annexes ne sont pas trop adhérentes et faciles à décoller.

Dans le but d'abréger le temps de l'opération, on terminera en plaçant un drainage à la Mickulicz. Si, au cours de l'opération, l'intestin a été ouvert, on agira comme il est indiqué à la fin du chapitre.

3° TUMEURS DE L'OVAIRE. — *a) Kystes.* Pour pouvoir effectuer l'ablation de la tumeur, il faut rompre les adhérences qu'elle contracte avec l'intestin. Le mieux est d'agir avec le doigt, si du moins on a affaire à des adhérences récentes faciles à détruire. Au contraire, si on se trouve en présence d'adhérences anciennes épaisses et solides, il faut opérer avec beaucoup de prudence et de circonspection ; ces adhérences sont, en effet, beaucoup plus résistantes que la paroi même de l'intestin et si l'on exerce des tractions trop violentes, c'est celle-ci qui cédera la première. Parfois on peut se rendre compte de l'accident avant qu'il ne se soit pro-

duit : on prévoit un commencement de déchirure de l'intestin à l'aspect des fibres musculaires qui se détachent de la muqueuse. Il faut éviter autant que possible cette complication qui sera traitée suivant la méthode indiquée plus loin.

Comme dans les annexites, la partie inférieure du kyste, au niveau du pédicule, est souvent libre, tandis que le pôle supérieur présente seul des adhérences avec le côlon. Il faudra dans ce cas s'attaquer d'abord au pôle inférieur libre, couper le pédicule et décortiquer la tumeur de bas en haut des parties libres vers les parties adhérentes ; l'opération est en général facile et le plan de clivage se trouve aisément.

Quand les adhérences sont trop résistantes et si on prévoit l'ouverture de l'intestin, il vaut mieux disséquer la paroi du kyste au moyen des ciseaux et l'exciser en passant dans son épaisseur. Si elle est mince, on laissera le fragment excisé adhérer à l'intestin et on l'abandonnera ; il faut évidemment qu'auparavant la preuve de la non malignité de la tumeur ait été établie, sans quoi les récidives ne tarderaient pas à apparaître.

De nombreux auteurs ont érigé en méthode générale la résection de l'intestin adhérent ; d'après eux, on n'a presque jamais intérêt à tenter des manœuvres qui entraînent presque fatalement des hémorragies et des tiraillements sur les mésos et qui aggravent beaucoup le pronostic des opérations. Il vaut mieux sacrifier d'emblée et de propos délibéré le côlon pelvien adhérent et rétréci dont la séparation avec la tumeur semble devoir être laborieuse sinon impossible.

De plus l'entérectomie suffisante est bien préférable à une reconstitution forcément incomplète du méso qui laisse de sérieux risques de gangrène.

D'autres, ayant pu mener à bien la décortication complète de la tumeur tout en conservant à l'anse sigmoïde un nombre suffisant de vaisseaux, sont d'avis d'éviter autant que

possible cette résection qui aggrave considérablement une opération déjà grave par elle-même. Ils la réservent uniquement aux cas de destruction complète du méso qui compromet irrémédiablement la vitalité intestinale.

Il reste enfin, quand il est impossible de séparer la paroi kystique des organes auxquels elle est soudée, une ressource qui n'est qu'un pis-aller, mais qui permettra de sauver quelques malades : c'est la marsupialisation.

Après ouverture de l'abdomen, on ponctionne le kyste, on fait une incision de la paroi antérieure de celui-ci et on attire les lèvres de cette plaie kystique vers la plaie abdominale. On procède alors à un soigneux nettoyage de la poche, soit par cautérisation, soit par curage avec le doigt ou un instrument ; les lèvres de la plaie sont fixées aux bords incisés de la paroi en faisant déborder le plus possible ceux-ci en dehors des lèvres de la plaie abdominale. On suture en deux plans : le premier réunissant les parois abdominale et kystique entre elles, le second fixant la paroi kystique à la peau. On résèque la bandelette annulaire laissée en dehors de la suture, ce qui réduit autant la masse du kyste, et on ferme la partie supérieure de l'incision, le drainage étant effectué par la partie inférieure.

C'est une opération palliative qui ne doit être appliquée que quand l'ablation est totalement impossible par suite de la dissociation des vaisseaux sanguins, des adhérences.

B) *Cancer de l'ovaire*. On a vu (chapitre V) combien il était parfois difficile de savoir, entre deux tumeurs, l'une de l'ovaire, l'autre de l'intestin, quelle était la première en date et quelles étaient leurs relations de développement. Ce diagnostic a un intérêt thérapeutique :

En effet, dans les cas de ce genre, l'opérateur doit se demander si l'ablation des deux tumeurs est possible et dans l'affirmative, s'il doit la pratiquer dans une seule séance ou remettre l'extirpation du cancer intestinal à une séance ultérieure. L'hystérectomie pour cancer de l'ovaire

est une opération sérieuse. Doit-on augmenter dans une forte proportion la mortalité opératoire ou postopératoire en y ajoutant une seconde intervention non moins grave sur l'intestin sans ajouter les chances de guérison durable ? Non, car si le cancer de l'intestin est une métastase du cancer de l'ovaire, il est bien probable que d'autres métastases feront sans tarder leur apparition en une autre partie et il est inutile d'aggraver une opération qui ne saurait être que palliative.

Donc il vaut mieux se borner à extirper d'abord le cancer de l'ovaire seul en se réservant d'agir contre la tumeur de l'intestin dès que l'état de la malade le permettra, quelques semaines plus tard.

4° GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE ET HÉMATOCÈLE. — Quand une malade entre à l'hôpital avec le syndrome complet de l'occlusion intestinale, que les antécédents font établir le diagnostic d'hématocèle abondante, les culs-de-sac vaginaux bombés par une volumineuse tuméfaction, il n'y a pas d'hésitation possible, il faut recourir à une laparotomie immédiate.

Mais d'autres fois il n'y a pas urgence, la femme subit une obstruction intestinale partielle, causée par une hématocèle dont la production est moins récente. On doit alors séparer la pathogénie de l'obstruction en deux variétés :

1° Il y a compression par l'épanchement sanguin. On se décidera alors à une intervention par le vagin. Le sang et les caillots une fois évacués, les matières reprendront leur cours normal dans l'intestin libéré ; au besoin, quelques purgatifs réveilleront les contractions de celui-ci.

Dans un deuxième cas, l'obstruction est due à l'existence d'adhérences englobant l'intestin et le comprimant plus ou moins ; la laparotomie est ici l'opération de choix ; elle permet de détruire complètement les adhérences de la paroi et d'évacuer tout le contenu de la poche hématique ; un bon drainage à la Mickulicz permettra ensuite de sur-

veiller les suites de plus près que par la fermeture primitive.

Dans les cas douteux, il faut choisir la laparotomie qui n'est guère plus grave que l'intervention par le vagin et permet mieux de parer à tous les imprévus opératoires.

On a vu que la perforation du côlon sigmoïde était une complication opératoire fréquente de l'ablation des tumeurs pelviennes qui présentent avec l'intestin des adhérences résistantes. Comment la réparer ?

Il est classique de suturer l'intestin en deux plans. L'un perforant réunit toutes les tuniques, l'autre n'intéresse que la séreuse et a pour but de recouvrir le plan précédent d'une couverture de protection.

La suture faite rapidement au surjet ne résiste pas toujours à une pression élevée qui ne manque pas de se produire dans la cavité intestinale ; d'autre part, il se crée un espace mortifié entre les deux plans de suture, qui devient un réservoir de germes virulents : on pourrait supprimer cet espace mort en employant le procédé de suture bord à bord. Son inconvénient est d'être long à réaliser.

Pour obvier à ces inconvénients, Séloni a imaginé une technique très intéressante, employée par M. le Professeur Guyot, qu'on peut utiliser dans tous les cas de perforation même très étendue du conduit intestinal.

On place à l'intérieur du côlon sigmoïde un gros drain de caoutchouc et on effectue la suture en X en s'appuyant sur ce tube rigide et fixe. La rupture des points suturés aura beaucoup moins de chances de se produire, la pression exercée par les matières étant limitée par le tube de caoutchouc, et de plus les matières ne viendront plus au contact de la plaie. Le tube s'élimine spontanément au bout de quelques jours quand tout danger de rupture est écarté, la soudure de l'intestin étant consolidée.

OBSERVATIONS

Observation 1.

due à l'obligeance de M. le professeur Guyot.
(Clinique gynécologique de l'hôpital A. Boursier.

Fibrome adhérent au sigmoïde

Mme M. M... entre le 28 septembre 1932 à l'hôpital A. Boursier pour des douleurs dans le bas-ventre du type élancement et pour des ménorragies qui durent depuis plusieurs années.

Le début remonte à trois mois consistant en des douleurs au niveau du bas-ventre, surtout à gauche : élancements d'abord peu intenses puis très pénibles au point de décider la malade à entrer à l'hôpital; elles siègent dans la région ovarienne, dans la fosse iliaque gauche avec irradiations dans les reins. Toujours calmées par le repos elles ont complètement cédé à l'application de glace.

Bon état général, bon facies mais adiposité extrême (95 kilos). L'abdomen est très volumineux, la paroi très épaisse gêne beaucoup l'examen. On trouve une masse perceptible au palper et un point douloureux à gauche.

Le toucher vaginal montre un col dévié à gauche, de consistance normale et une masse dure remontant jusque dans la fosse iliaque gauche faisant corps avec l'utérus (mobilisation directe avec le col), volume approximatif, tête de fœtus.

On fait le diagnostic de fibrome développé à gauche avec séqueles d'annexite du même côté.

Opération le 14 octobre 1932 par le Dr Villar premier aide : M. Traissac; deuxième aide : M. Lavigne. Anesthésie par M. Pinson. Durée 30 minutes.

Laparotomie médiane : on trouve un gros fibrome multinodulaire remplissant le petit bassin sans accès latéraux car il existe de chaque côté un pyosalpinx complètement collé aux parois pelviennes. On commence par disséquer toute l'anse sigmoïde dont la face inférieure et le méso sont très adhérents à la tumeur. On essaye ensuite de libérer les annexes droites, on y renonce. On procède alors à la myomectomie d'un gros fibrome du fond de l'utérus, ce qui donne un peu de jour sur le côté droit. On pratique une seconde myomectomie sur un autre noyau antéro-latéral gauche (fibrome

calcifié). Incision du péritoine vésical. Refoulement très bas de la vessie. On peut alors placer une pince sur l'utérine droite et l'on commence la section du col de droite à gauche, une pince est mise en travers sur l'utérine gauche. Péniblement on termine par la décortication de l'annexe gauche. On arrive cependant à un résultat très satisfaisant. Il persiste un léger suintement en nappe. On se rend compte alors que la décortication a rasé le rectum en arrière, le méso sigmoïde et l'anse sigmoïde en haut et à gauche, et les parois du petit bassin à droite. On place un Mickulicz à trois mèches. Fermeture en trois plans avec quatre fils d'argent extrapéritonéaux.

Le 10 décembre 1932 la cavité diminue, la sérosité sécrétée est moins abondante.

Le 23 décembre la malade présente un état général excellent et sort guérie à ce jour.

Observation 2

M. J. Hanser (1899)

Fibrome adhérent au sigmoïde, déchirure du méso.

Vve B..., 42 ans, bien portante étant enfant.

Premières règles à 15 ans, toutes les quatre semaines, durant huit jours, avec faible perte de sang.

La malade s'est mariée il y a vingt-deux ans, a eu un enfant mort au bout de quatre semaines. Trois ans après elle devient veuve, mais continue à se bien porter. Il y a un an elle a ressenti pour la première fois des douleurs dans le ventre, surtout à gauche, et a remarqué depuis l'été que son abdomen avait grossi. Dans ces derniers temps les douleurs sont devenues moindres. La cuisse gauche, surtout le pied et la jambe gauche, sont un peu augmentés et un peu douloureux. La malade a maigri, les garde-robes ont toujours été pénibles et nécessitaient l'emploi de sel de Carlsbad. A l'entrée, règles normales : les dernières il y a trois semaines.

Laparotomie 10 avril. Incision sur la ligne blanche jusque vers l'appendice xiphoïde. La tumeur bosselée paraît pâle, couleur chair, les noyaux isolés sont revêtus d'une séreuse assez tendre. Le péritoine tapisse partout le fond des sillons et adhère solidement à la tumeur. Sous le péritoine on trouve surtout à ce niveau une sous-séreuse, très compacte, traversée par d'épais cordons fibreux, renforcée par une tunique massive.

A gauche et en bas on rencontre des adhérences vasculaires avec l'S iliaque et son mésocôlon : elles semblent uniquement formées de vaisseaux, elles sont liées et coupées.

Le péritoine est décollé de la surface de la tumeur et celle-ci est décortiquée. Comme la séreuse s'enfonce profondément entre

les noyaux isolés de la tumeur et adhère intimement, cette libération présente de grandes difficultés. On doit décoller isolément chaque noyau de son revêtement. Plus, dans cette énucléation commencée à gauche, on se rapproche de cette portion élargie de péritoine, qui porte la trompe, et de la partie droite du pourtour de la tumeur, plus les connexions entre le péritoine et la tumeur sont vasculaires. Une fois, un vaisseau, au moins gros comme une radiale donna, il fut lié.

Là où le péritoine se laisse décoller en surface on passe le doigt ou la pince sous des portions un peu plus larges et on pose des ligatures élastiques. Le petit prolongement de la tumeur qui plonge dans le petit bassin se laisse facilement libérer de son tissu conjonctif.

Pendant l'énucléation de la tumeur on ne peut toujours contenir l'intestin : A gauche pendant un temps assez long le côlon, à droite, une partie d'intestin grêle sortit du ventre et touchèrent même la table d'opération. Après ablation de la tumeur, à l'exception d'une petite zone voisine de l'utérus, qui est légèrement augmenté et se laisse aisément soulever hors du petit bassin, le ligament large droit n'existe plus. A sa place se trouve une plaie péritonéale assez profonde et large comme la main. Le péritoine du cul-de-sac de Douglas et aussi la paroi droite qui le constitue est indemne. Les bords de la plaie péritonéale nécessitent un grand nombre de ligatures élastiques.

La plaie fut réunie par une série de sutures de catgut comprenant le fond mais épargnant le cæcum qui se trouvait en dehors. A gauche le feuillet droit du mésentère, de l'anse sigmoïde et son mésocôlon se trouve déchiré sur la longueur (accident qui se produisit quand on libéra les adhérences en surface). Cette plaie fut fermée par une suture au catgut.

La plaie abdominale est fermée par une suture au catgut en deux étages.

Observation 3

Le Nouène. (*Revue médicale de Normandie*)

Fibrome comprimant le colon sigmoïde.

Mme P. L... 50 ans, célibataire, entre le 7 septembre 1901 à l'Hospice général dans le service du Docteur Lausiès. Son bulletin d'entrée porte le diagnostic de fièvre typhoïde. Quelques heures après son arrivée, cette femme est transférée dans le service de chirurgie du Dr Le Normand, pour occlusion intestinale. L'interne de garde a constaté des vomissements fécaloïdes, un ballonnement excessif du ventre. La malade avoue n'avoir eu ni selles ni gaz depuis onze jours. Le chef de service constate dans

la région hypogastrique une légère submatité qui persiste après le cathétérisme. La température est à 36°. Le pouls rapide et petit. Les règles sont supprimées depuis dix ans et la femme n'a jamais présenté ni douleurs abdominales, ni pertes d'aucune sorte. Néanmoins, on porte le diagnostic d'occlusion intestinale par adhérences fibromateuses et le Dr Le Normand pense que la malade ne pourra pas supporter l'intervention. On donne un lavement de glycérine qui ramène une vingtaine de boulettes stercorales excessivement dures. La malade meurt dans le collapsus quinze heures après son entrée à l'hôpital.

A l'autopsie, on trouve un fibrome utérin interstitiel du poids de deux kilogrammes 120. La tumeur est très mobile, sans pédicule et sans adhérences. A gauche, le côlon est comprimé par la tumeur sur l'os iliaque et en soulevant le fibrome, on voit au-dessus du point de compression un amas de boulettes fécales semblables à celles qui avait été amenées par le lavement. La tumeur n'est pas enclavée dans le petit bassin et le rectum ne subit pas le poids du fibrome. L'intestin est sain : on voit seulement un peu de rougeur au niveau de la portion comprimée. Tous les organes sont normaux.

Observation 4

Lamarre (*Bull. Soc. Anat.* 1883)

Compression de l'S iliaque par fibrome

53 ans. Jamais de métrorragies; règles apparaissant seulement tous les deux mois. Un an auparavant, après une chute qu'elle fit en marchant, cette femme qui n'avait avant aucune tendance à la constipation fut prise de tous les accidents de l'étranglement interne (vomissements fécaloïdes, etc...) Aucun trouble de la miction. Depuis cette époque sensation habituelle de pesanteur dans la fosse iliaque gauche, palpitations fréquentes parfois accompagnées de défaillances; insomnies sans cause connue, mais jamais de constipation ni de dysurie.

A été prise à nouveau d'accidents d'occlusion intestinale : constipation absolue, douleur et ballonnement de l'abdomen, vomissements fécaloïdes.

Aspect grippé. Vomissements tous les quarts d'heure. Depuis huit jours, ni matières, ni gaz. Abdomen distendu. Le toucher-palper combinés donnent la certitude de l'existence d'un énorme corps fibreux développé aux dépens de la face antérieure de l'utérus.

La sonde œsophagienne introduite par l'anus est arrêtée au niveau du promontoire. On renonce à la laparotomie vu l'altération de l'état général. Anurie absolue les trois derniers jours. Mort.

Autopsie : tumeur fibreuse du poids de 1.100 grammes insérée

par un pédicule de la grosseur d'une plume à écrire sur le fond de l'utérus. Pédicule tordu sur lui-même de droite à gauche comme si le grand diamètre avait été autrefois vertical, puis se serait par la suite incliné à gauche pour devenir transversal. Adhérences péritonéales anciennes. La vessie est aplatie, entre le fibrome et le pubis et un peu déjetée vers la fosse iliaque gauche. Les uretères sont comprimés au niveau du détroit supérieur, néanmoins non dilatés. Toute la masse intestinale est aplatie surtout le gros intestin. L'S iliaque directement en contact avec la tumeur, est comprimée fortement au détroit supérieur. Les parties situées au-dessus sont très dilatées : on constate dans leur intérieur quantité de matières demi-liquides.

Observation 5

de MM. Houzel et Menné (*Echo médical du Nord*)

Côlon sigmoïde coïncé contre le sacrum par un fibrome

Il s'agit d'une femme de 56 ans qui ne présente rien de particulier dans ses antécédents, et qui depuis six mois souffre d'une constipation opiniâtre. L'effet des purgatifs est tardif, ceux-ci sont suivis de coliques assez violentes.

Il y a fréquence de la miction, le temps en est allongé, la quantité des urines des vingt-quatre heures est légèrement diminuée.

Dix jours avant l'intervention, la malade ressent pendant la nuit une violente douleur abdominale accompagnée d'une impossibilité complète d'aller à la selle. Progressivement cette douleur s'efface et au cours de la journée suivante la femme peut vaquer à ses occupations.

La nuit suivante, nouvelle douleur abdominale, qui s'irradie vers la région lombaire et finit par y prédominer. Malgré les purgations et les lavements, le volume des selles reste minime : quelques scybales dans un peu de liquide. Le ventre se ballonne. M. Houzel appelé constate au toucher la présence d'une masse très volumineuse perceptible derrière la paroi vaginale postérieure.

Le diagnostic est celui de tumeur pelvienne présentant un syndrome d'occlusion intestinale.

L'intervention a lieu le 2 juillet 1925, dix jours après l'accident d'occlusion aiguë.

Laparotomie médiane sous-ombilicale, le diamètre promontopubien est diminué, on trouve la vessie remontée vers l'étage supérieur du bassin.

L'utérus a subi un mouvement de rotation d'un angle droit autour de son axe, l'annexe gauche est en avant, l'annexe droite en arrière.

Le côlon recto-sigmoïde et le rectum sont coïncés entre la tumeur et le sacrum.

La tumeur est assez solidement fixée, cependant, sous l'effet d'une traction plus efficace du tire-bouchon, elle se dégage brusquement du pelvis. Hystérectomie subtotale par le procédé américain. Suites opératoires simples jusqu'à ce jour.

Observation 6

due à l'obligeance de M. le professeur Guyot
(Clinique gynécologique de l'hôpital A. Boursier)

Pyosalpinx adhérent au côlon sigmoïde . Ouverture de l'intestin.

Mme P. Y. 25 ans entre à l'hôpital sur les conseils du Dr Villar parce qu'elle perd du sang. La malade dont les dernières règles datent du 27 avril et dont les règles de mai avaient manqué, a commencé à perdre du sang le 5 juin, sang rouge, sans caillots, sans douleur. Le 10, la malade a une hémorragie abondante de sang rouge qui l'oblige à s'aliter. Le lendemain la malade perd d'abondants caillots rouges dont l'expulsion est accompagnée de coliques. Le 17 les pertes de sang s'arrêtent ainsi que les douleurs. Mais deux jours après les hémorragies recommencent. Pas de température. C'est alors que la malade va voir le Dr Villar qui lui conseille d'entrer dans le service du Professeur Guyot.

Antécédents : réglée à 13 ans. Règles un peu irrégulières durant 7 ou 8 jours douloureuses, s'accompagnant souvent de vomissements. Mariée à 18 ans. 2 grossesses menées à terme. Il y a un an la malade est soignée par M. Molinié pour de la métrite.

Le 23 juin intervention : après dilatation, curage digital fait par le Dr Villar, anesthésie au chlorure d'éthyle. Ecouvillonnage iodé. Drains de Mouchotte. La malade avait une température à 38° au moment de l'intervention.

Suites opératoires. Accidents de périmétrite gauche des plus importants. La température est montée le quatrième jour à 39 et n'est redescendue qu'au bout d'un mois à la normale.

Examen le 3 octobre 1929 : col déchiré, regardant en arrière, épais. Utérus un peu gros, antéfléchi, mobile, un peu douloureux à la pression et à la mobilisation. Annexes droites un peu douloureuses et du volume d'un petit œuf. Cul-de-sac gauche large, profondément empâté, douloureux. Il existe à ce niveau une masse large, du volume d'un gros œuf, un peu mobile sur les parois du petit bassin.

Opération le 22 octobre 1929. Opérateur : M. le professeur Guyot. Premier aide : Dr Mailhe, 2^e aide Halty. Anesthésie éther Ombredanne, durée 50 minutes. Dès le ventre ouvert, on aperçoit une masse annexielle gauche volumineuse et adhérente à l'anse sigmoïde. L'inspection des annexes du côté opposé mon-

tre qu'elles sont malades : trompe fermée. On fait une hystérectomie subtotala par le procédé américain, en allant de droite à gauche. Après suture entre ligatures de tous les ligaments du côté droit on pince l'utérine droite en sectionnant le col au bistouri et après section entre deux pinces du ligament rond gauche, on incise le péritoine antérieur en avant des vaisseaux utérins gauches qui sont pincés de gauche à droite sous le contrôle de la vue et sectionnés entre deux pinces. Le doigt décolle alors les annexes très adhérentes de bas en haut et sans ouvrir le pyosalpinx amène sur les compresses, hors du ventre, l'anse sigmoïde intimement adhérente à la trompe malade. Prudemment, sous le contrôle de la vue, on isole la trompe de l'anse sigmoïde qui est légèrement ouverte et aussitôt enfouie par une double bourse séro-séreuse au fil de lin. On termine alors l'opération sans le moindre incident : on péritonise en réunissant le bord de l'anse sigmoïde au péritoine antérieur en excluant du grand péritoine la partie suturée du gros intestin.

Observation 7

due à l'obligeance de M. le Professeur Guyot
(Clinique gynécologique de l'hôpital Boursier)

Pyosalpinx

J. C... 30 ans, cultivatrice, entre à l'hôpital pour crise d'occlusion intestinale. Elle s'aperçoit il y a quelques jours, au lever que son ventre était ballonné, augmenté de volume, puis elle est prise de douleurs violentes particulièrement dans les deux fosses iliaques, s'irradiant à tout l'abdomen avec vomissements glaireux. Le Dr Pointes porte le diagnostic d'occlusion intestinale et adresse la malade dans le service du Professeur Guyot. Au moment de la crise la malade n'avait pas été à la selle de deux jours et resta sans émettre de selles jusqu'au 25 octobre, date à laquelle elle émit des selles assez abondantes qui la soulagèrent quelque peu.

Antécédents personnels : réglée à 15 ans, durée 4 à 5 jours. La malade d'ordinaire va régulièrement à la selle. Opérée en septembre 1924 par le professeur Charrier pour occlusion intestinale. Anus provisoire fermé au bout de trois mois; à même époque et concomitamment appendicectomie. Depuis cette époque règles irrégulières et douleurs dans la fosse iliaque gauche.

L'examen du 2 décembre révèle une masse annexielle gauche.

Opération le 23 décembre 1929 : opérateur M. le Professeur Guyot, 1^{er} aide Dr Mailhe, 2^e aide Halty. Anesthésie éther ombredanne, durée 40 minutes. Dès le ventre ouvert, on aperçoit de nombreuses adhérences entre l'intestin grêle, l'anse sigmoïde et les annexes gauches. L'utérus est caché au milieu de ces adhérences. Le côté droit est un peu accessible quoique des adhérences

existent aussi de ce côté avec un petit kyste de l'ovaire. On commence à dégager les annexes droites et on ligature le ligament postérieur droit. On aperçoit alors sur le côté droit de l'utérus une grosse veine utérine thrombosée. On dégage au ciseau l'anse sigmoïde qui est adhérente jusque dans le Douglas. Le col est sectionné et l'artère utérine gauche pincée de droite à gauche. Le ligament rond apparaît, il est pincé et sectionné. On peut alors enlever la masse en bloc, ligature de tous les pédicules. On termine par un Mickulicz.

Bonne anesthésie tout le cours de l'opération. On enlève le Mickulicz le douzième jour.

Le 20 janvier la malade sort, guérie.

Observation 8

due à l'obligeance de M. le Professeur Guyot
(Clinique gynécologique de l'hôpital A. Boursier)

Pyosalpinx cravaté par le sigmoïde

Mme H. C. 27 ans, ménagère, entre à l'hôpital parce qu'elle souffre du bas-ventre depuis treize jours. La malade compare ses douleurs à des coliques, atténuées par le repos au lit. Ces douleurs s'accompagnent de céphalée, d'anorexie, en même temps que les douleurs sont apparus frissons et sueurs. Deux jours après, sont apparues des pertes irrégulières peu abondantes d'aspect jaune, verdâtre, fétides, empesant le linge. La malade ressent des brûlures au début de la miction. Après la crise aiguë, elle essaye de reprendre son travail mais est obligée de le suspendre aussitôt et entre à l'hôpital dans le service du Professeur Guyot.

Examen le 13 juillet 1932. Col dévié à droite regardant un peu en bas, corps complètement rétrofléchi se retrouvant dans le Douglas où il est fixé. Sa mobilisation est très douloureuse. Le cul-de-sac gauche est empâté et dans le cul-de-sac postérieur, on sent une masse qui est le corps utérin : sensibilité exquise. Le tout est noyé dans une gangue inflammatoire.

La malade est soumise à un traitement médical et l'examen du 3 août montre que la masse annexielle gauche a notablement diminué. Les culs-de-sac sont plus souples et l'utérus plus mobile. La température se maintient toujours au voisinage de la normale. L'état général est très bon.

Le 20 novembre 1932 on décide l'intervention; celle-ci est pratiquée deux jours après : opérateur M. le Professeur Guyot, 1^{er} aide M. Traissac, 2^e aide, M. Mingasson. Anesthésie, M. Pinson. Durée de l'opération 37 minutes. Dès le ventre ouvert par incision médiane sous-ombilicale, on aperçoit un gros utérus libre du côté droit et adhérent à gauche à une grosse masse qui est cravatée par l'anse sigmoïde. On commence par libérer les liga-

ments du côté droit qui sont sectionnés entre deux pinces. On essaye alors de libérer l'anse sigmoïde de haut en bas, mais celle-ci ne peut être complètement séparée de la poche. Après ligature de l'artère utérine droite, on sectionne le col de droite à gauche. Après incision du péritoine antérieur et refoulement de la vessie à gauche, le ligament rond étant coupé entre deux pinces, on pratique la décollation d'avant en arrière. On peut alors décoller la poche des parois du bassin contre laquelle elle était très solidement amarrée. Après hémostase de tous les pédicules et cauterisation du col qui est suturé au catgut, on termine l'opération en mettant en place un Mickulicz. La paroi est refermée après pose d'un drain n° 3 qui ressort à la partie inférieure du Mickulicz. Les suites opératoires ont été mauvaises. La malade s'est trouvée pendant deux jours dans un état fâcheux, pouls à 140, température à 38. De plus au niveau de la plaie abdominale s'est produit un suintement sanguin assez abondant pouvant faire craindre une hémorragie intra-péritonéale. Le 28 novembre l'hémorragie semble tarie. La plaie est en bon état. La malade sort guérie le 12 janvier 1933.

Observation 9

due à l'obligeance de M. le Professeur Guyot
(Clinique gynécologique de l'hôpital A. Boursier)

Pyosalpinx adhérent au colon sigmoïde

Mme E. S. 22 ans, cultivatrice, entre dans le service avec le diagnostic de salpingite double. La maladie remonte au 20 octobre 1929 où la jeune femme fit une fausse couche de 4 mois et demi. Soignée par le repos au lit et des injections vaginales, la malade présente depuis quelques jours des douleurs vagues siégeant dans le petit bassin avec une prédilection pour le côté gauche. Exagérées par la marche, le travail ou la moindre fatigue, les douleurs se calment par le repos au lit. La malade se plaint également d'être constipée et de ressentir des douleurs à la fin de la miction; ses urines sont cependant claires, normales. Pas de pertes blanches, pas de température.

Réglée à 15 ans, règles régulières abondantes (6 à 7 jours) première grossesse en 1925, accouchement à 8 mois, enfant bien portant. Deuxième grossesse en 1927 accouchement à 7 mois et demi. Puis une fausse couche de trois mois en 1929.

Examen le 6 novembre 1929. Ventre un peu ballonné. Col en arrière contre la paroi rectale à bords un peu durs. Dans le cul-de-sac antérieur, masse se continuant avec le corps utérin, utérus gros, complètement couché à gauche, cul-de-sac latéral droit profond, annexes un peu sensibles.

Le 2 décembre 1929, la masse annexielle gauche a disparu.

Opération le 3 décembre : opérateur M. le Professeur Guyot, 1^{er} aide Dr Mailhe, 2^e aide M. Audit.

Dès le ventre ouvert, on aperçoit de nombreuses adhérences contractées entre l'épiploon et la vessie, l'aspirateur est immédiatement préparé; on saisit alors l'épiploon adhérent. On le résèque et on lie le bout supérieur. On aperçoit l'anse sigmoïde intimement adhérente aux annexes gauches. Celles-ci sont attirées hors du ventre avec l'intestin qui suit. On peut alors libérer les annexes, en liant les pédicules, pédicule postérieur, ligament rond. Sous l'aspirateur on décolle les annexes de l'anse sigmoïde adhérente sur une étendue représentant la surface d'une pièce de 2 francs. Ligature des pédicules, péritonisation en bourse avec enfouissement.

L'appendice, long, congestionné, est enlevé; à la fin de l'opération, on raccourcit le ligament rond droit pour rétablir la statique utérine. Pour ce, on fait un surjet au catgut amenant la plicature du ligament. Attouchement à l'éther. Un drain n° 8 dans le Douglas. Suture de la paroi en 3 plans : 2 surjets (péritonéal et musculo-aponévrotique), points séparés cutanés au crin, 5 fils métalliques extra-péritonéaux. Durée de l'opération 38 minutes. Anesthésie éther ombredanne par M. Dudit.

Sortie le 26 décembre 1929. Guérison.

Observation 10

due à l'obligeance de M. le Professeur Guyot
(clinique gynécologique de l'hôpital A. Boursier)

Pyosalpinx adhérent à l'S sigmoïde.

Mme S. M... 32 ans, ménagère, entre à l'hôpital pour crises douloureuses dans le bas-ventre. Le début des crises remonte à un mois environ, alors que la malade était convalescente d'une paratyphoïde. Ces douleurs surviennent tous les jours et parfois même plusieurs fois dans la journée. Elles siègent dans la fosse iliaque droite, et s'irradient dans les membres inférieurs. Ce sont des sensations de torsion et de brûlure. Pendant la crise il y a de la fièvre et des contractures de la paroi abdominale, la crise dure dix minutes et lorsqu'elle est finie, la malade peut vaquer à ses occupations.

Depuis le début de ses douleurs, la malade a constaté qu'elle avait tous les soirs 38° 5 de température, rares vomissements. Depuis le 19 juillet elle a d'abondantes pertes sanguines contenant des caillots. Elle suit depuis novembre dernier un traitement spécifique. Une seule grossesse normale, pas de fausse couche.

Examen : col normal. Derrière l'utérus et intimement accolé à lui on trouve une masse nettement arrondie et fluctuante, douloureuse, qui se mobilise avec l'utérus, mais dont la mobilité

est limitée. Cette tumeur est plus abdominale que pelvienne; dans le cul-de-sac gauche et en arrière, on trouve une autre masse indépendante, un peu irrégulière, du volume du poing, qui paraît être une tumeur annexielle sensiblement mobile sur les parois du bassin. Diagnostic : on pense à un gros kyste de l'ovaire adhérent, peut-être tordu à droite, et à gauche à une annexite chronique.

Le 25 juillet 1930, opération. Opérateur M. le Professeur Guyot. Dès le ventre ouvert, on aperçoit une énorme tumeur kystique rétro-utérine développée à droite, remontant jusque dans la fosse iliaque, cravatée par le côlon sigmoïde et adhérent à lui. La ponction ramène du pus. Les annexes du côté opposé sont aussi atteintes. La cavité purulente semble être formée aux dépens de la trompe. On décolle les masses annexielles et on pratique une hystérectomie subtotalaire. Les zones d'adhérence très importantes ayant laissé de larges surfaces cruentées et d'autre part la lésion étant nettement purulente on place un Mickulicz à trois mèches.

Suites opératoires : la malade est peu choquée. Le facies reste bon. Le 11 août ablation du Mickulicz; pas de fistule stercorale.

Le 12 août la plaie est en parfait état. La malade sort le 3 septembre.

Observation 11

due à l'obligeance de M. le Professeur Guyot
(Clinique gynécologique de l'hôpital A. Boursier)

Pyosalpinx adhérent au sigmoïde. Déchirure de l'intestin.

Mme F. M... 48 ans, entre le 3 juin 1929 adressée par le Dr Rivière pour douleurs dans le ventre et pour hémorragies.

Le 29 mai, la malade qui venait de déjeuner est prise brusquement d'une violente douleur abdominale siégeant dans tout l'abdomen avec irradiations dans la région lombaire et dans les cuisses. Les douleurs très violentes obligent la malade à garder le lit et empêchent tout sommeil; elles durent ainsi pendant 8 jours avec quelques périodes de rémission, et s'accompagnent de fièvre. En même temps, la malade a des pertes de sang noirâtre et épaisses très abondantes qui calment légèrement les douleurs. Le Dr Rivière appelé fait placer une vessie de glace sur l'abdomen. Mais les douleurs et les pertes continuant, il conseille l'hospitalisation immédiate.

Examen : Malade paraissant fatiguée; au toucher vaginal, utérus gros, douloureux, très en arrière.

Le 15 juin, sous l'influence du traitement médical, les phénomènes régressent, la malade se sent beaucoup mieux.

Le 27 juin, la malade souffre encore; fièvre avec oscillations : au toucher on sent une masse rétro-utérine.

Exécuté le 19 août. La malade revient le 7 novembre 1929 pour se faire opérer. Après refroidissement des lésions, on l'opère le 22 novembre 1929. Opérateur M. le Professeur Guyot, 1^{er} aide, Dr Mailhe; 2^e aide, Halty. Dès le ventre ouvert on constate de nombreuses adhérences à la vessie, au grêle et au sigmoïde. Après avoir protégé le péritoine et réséqué une partie épiploïque adhérente à la vessie, on essaie d'attaquer en arrière où tout est bloqué. On a accès à gauche sur le pédicule postérieur; on le sectionne entre deux pinces et la masse étant introuvable en arrière, on dégage en avant. On tombe dans un tissu lardacé, épais et dur; la face antérieure de l'utérus est saisie, l'utérine gauche est sectionnée, puis la droite, et on peut ainsi enlever la masse en bloc aux ciseaux en laissant une partie des masses inflammatoires adhérentes. Gros pyosalpinx adhérent à gauche. En complétant l'exérèse des masses droites on dégage une première anse grêle sans léser la paroi, puis le côlon est lésé sur une longueur de 4 cm. On referme par double surjet en y mettant un tube de caoutchouc.

Hémostase des pédicules, Mickulicz, surjet péritonéal, 3 fils métalliques sous péritonéaux. Anesthésie par M. Vignalou, durée 1 h. 5.

Dans les suites opératoires, on cautérise un trajet fistuleux du sigmoïde décelé par la radiographie et la malade sort guérie le 8 juin 1930.

Observation 12.

due à l'obligeance de M. le Professeur Guyot
(clinique gynécologique de l'hôpital A. Boursier)

Pyosalpinx gauche adhérent au côlon sigmoïde

Mlle H. B... 17 ans, employée de magasin, entre le 22 août 1929 pour une fausse-couche de 5 mois.

Réglée à 12 ans. Mal réglée : la malade reste 2 à 3 mois sans avoir ses règles. Celles-ci, peu abondantes, durent de 4 à 5 jours. Depuis 5 mois les règles étaient supprimées, puis fausse-couche, qui élimina le fœtus et tous les débris placentaires, ce qui permet de s'abstenir de curettage. La malade depuis perd du sang et souffre du côté gauche.

A l'examen du 3 octobre 1929, on trouve un petit utérus anté-fléchi très peu mobile, et une grosse masse annexielle gauche, dure et fixe. On a pratiqué un traitement vaccinothérapique depuis le 17 août, qui a fait baisser la température et diminuer la masse annexielle.

Le 8 novembre 1929, on pratique l'opération : Opérateur M. le Professeur Guyot, 1^{er} aide, Dr Mailhe; 2^e aide M. Dudit.

Opération conservatrice : ablation des annexes gauches, conservation des annexes droites. Appendicectomie. Dès le ventre

ouvert, on aperçoit une masse annexielle gauche très adhérente à l'anse sigmoïde. Protection péritonéale. Du côté droit, trompe malade adhérente à l'ovaire, oblitérée à son extrémité.

On enlève l'appendice qui est nettement malade, puis on extirpe les annexes gauches : une pince est mise au ras de l'utérus, le pédicule est sectionné au thermo ainsi que le ligament rond en avant. On décolle les annexes de bas en haut. La masse annexielle est réunie à l'intestin par un tissu épais dur comme du bois. Décollement à la compresse et aux ciseaux. La paroi musculaire est respectée. Hémostase des pédicules. On enfouit par une suture séro-séreuse la partie de l'intestin adhérente. On enfouit en bourse les pédicules en se servant de l'anse sigmoïde. On se reporte aux annexes droites : après les avoir libérées de leurs adhérences, on ouvre l'extrémité de la trompe au thermo, on trouve un peu de pus dans la cavité tubaire. Anesthésie éther ombredanne par M. Halty, durée de l'opération 47 minutes. Le 11 novembre, ablation du drain. La malade quitte le service le 30 novembre 1929 après des suites normales. La malade revient le 10 janvier 1930 pour un examen radiologique qui montre une perméabilité de la trompe, elle se porte très bien et supporte sans souffrir les fatigues de son métier.

Observation 13

due à l'obligeance de M. le Professeur Guyot
(Clinique gynécologique, hôpital André Boursier)
rapportée par Badelon

Pyosalpinx adhérent au sigmoïde

C... (Fernande), 23 ans, entre à l'hôpital A. Boursier, le 27 août 1928, dans le Service de M. le Professeur Guyot, parce qu'elle souffre du ventre et qu'elle fait des poussées de température.

Antécédents personnels : Fièvre typhoïde, il y a 2 ans, puis, il y a deux mois, accouchement difficile nécessitant une application de forceps. Il y a quatre mois la malade a fait une fausse couche de trois mois. Depuis cette époque elle fait des poussées de température toutes les fois qu'elle travaille.

Examen : ventre ballonné; au toucher vaginal, utérus un peu gros et douloureux. On sent une masse annexielle gauche du volume d'une grosse noix qui est très douloureuse. Une intervention est décidée.

Opération le 31 mars : Opérateur : M. le Professeur Guyot. L'anesthésie au balsoforme dure trente-cinq minutes et est parfaite.

Laparotomie médiane sous-ombilicale. On aperçoit un gros pyosalpinx gauche, volumineux et très adhérent à l'anse sigmoïde. Le côté droit étant accessible, on procède sous aspiration au dé-

collement des annexes droites, à leur section entre deux pinces, ainsi qu'à la section de l'artère utérine droite. On arrive à pouvoir décoller la masse annexielle après section du col de droite à gauche et ligature des pédicules gauches et de l'utérine de ce côté. Hémostase de tous les pédicules. Cautérisation de la cavité cervicale avec appendicectomie. Mise en place d'un Mikulicz, avec trois mèches et un drain non perforé supérieur. Puis appendicectomie.

Suites opératoires : dès le premier soir on applique de la glace sur le ventre de la malade.

Le 2 avril, la malade fait une poussée de température. Ablation des deux mèches. On arrose le Mikulicz à l'aide d'un grand lavage avec un bock contenant du Dakin.

Le 5 avril : ablation de la troisième mèche. La température est normale.

Pendant les premiers jours qui suivent l'opération, on fait à la malade un litre de sérum glucosé sous-cutané et des piqûres d'huile camphrée toutes les quatre heures avec de la spartéine et de la strychnine. Digalène.

Le 9 avril : ablation des fils, le 12 avril : ablation du Mikulicz, le 16 avril : ablation des points, air chaud sur la plaie qui est en bon état. Le 2 mai : la plaie est complètement refermée. Très bon état de la malade.

La malade retourne à l'hôpital André Boursier en décembre 1928 parce qu'elle a été prise de violentes douleurs abdominales. La malade est soumise à un traitement médical qui lui permet de quitter le service le 19 janvier 1929, très améliorée.

Observation 14

due à l'obligeance de M. le Professeur Guyot,
(Clinique gynécologique, hôpital André Boursier)
rapportée par Badelon

Pyosalpinx adhérent à l'anse sigmoïde.

D... (Eugénie), 29 ans, entre à l'hôpital André Boursier dans le service de M. le Professeur Guyot, le 16 octobre 1929, parce qu'elle souffre du bas-ventre.

Histoire de la maladie : Alors qu'elle était en bonne santé, le 24 septembre 1929, elle est prise de violentes douleurs dans la fosse iliaque gauche; la crise dure deux jours. Un traitement complet médical est institué qui améliore l'état de la malade, mais comme tout effort la fait souffrir, elle entre à l'hôpital.

Antécédents : Trois accouchements normaux, crise douloureuse abdominale en 1925, nécessitant un repos de huit jours au lit. Fausse-couche de cinq mois en septembre 1926, suivie d'une crise très douloureuse du côté des ovaires. La malade a gardé le lit pendant un mois.

Opération le 19 octobre 1929. Opérateur : M. le professeur Guyot. Anesthésie à l'éther; durée de l'opération, quarante-cinq minutes.

Pyosalpinx double, hystérectomie subtotale. Le pyosalpinx gauche était adhérent à l'anse sigmoïde qu'il a fallu raser de très près, mais sans ouvrir la paroi. Les collections purulentes s'ouvrent au moment du décollement sous l'aspirateur. On pince tous les pédicules, les pédicules postérieurs sont liés par double ligature. Suture en double bourse du rectum qui présente une petite perforation du volume de la tête d'une épingle en couleur. Surjet sur le col après cautérisation de la cavité. Hémostase de tous les pédicules. Appendicectomie. Mikulicz avec un drain non perforé. Réfection de la paroi.

Suites opératoires. Le soir de l'opération, la température monte à 38° 5 et le pouls à 120. La température et le pouls restent élevés pendant les trois premiers jours. Dès le soir on applique la glace sur le ventre de la malade. On lui fait de l'huile camphrée toutes les trois heures avec de la spartéine, strychnine, caféine. Digalène.

Les trois premiers jours on lui fait un litre de sérum glucosé sous-cutané. On arrose les mèches et le Mikulicz avec un bock (eau et Dakin).

Le quatrième jour, on fait l'ablation des cinq mèches. Aussitôt la température et le pouls redeviennent normaux. Le onzième jour on fait l'ablation du Mikulicz et du bourrelet. On laisse un drain. Le quinzième jour, ablation des points.

Tous les quatre ou cinq jours, on met un drain plus petit, le trou se ferme. L'état général de la malade est excellent.

Observation 15

due à l'obligeance de M. le professeur Guyot
(Clinique gynécologique, hôpital André Boursier)
rapportée par Badelon

Enorme Pyosalpinx adhérent à l'S iliaque

V... (Jeanne), 37 ans, entre à l'hôpital André Boursier le 19 novembre 1928, parce qu'elle souffre du bas-ventre.

Antécédents personnels. Elle a eu six grossesses, dont deux fausses-couches.

Histoire de la maladie. Le dernier accouchement a eu des suites fébriles qui nécessitent un curettage; deux mois après la guérison elle est prise de douleurs abdominales qui nécessitent son entrée à l'hôpital André Boursier, dans le service de M. le Professeur Guyot.

Examen : A la palpation, on sent dans les deux fosses iliaques un plastron dur et douloureux. Au toucher, le cul-de-sac gauche est empâté.

Traitement : un traitement local et la vaccination au propidon sont institués, donnant une amélioration notable de l'état général.

Opération le 18 décembre 1928. Enorme pyosalpinx gauche adhérent à la paroi abdominale, à l'anse sigmoïde et à la vessie en avant, à la fosse iliaque gauche, au petit bassin en arrière.

On dégage le pyosalpinx de la paroi abdominale, puis de la fosse iliaque gauche. On excise un tissu lardacé que l'on est obligé de séparer au bistouri, car il n'existe aucun plan de clivage. L'anse sigmoïde est infiltrée, sa paroi, lardacée sur une étendue de de cinq ou six centimètres, ne peut être séparée de l'utérus qu'au bistouri. On fait une hystérectomie en débutant par la droite, où les annexes sont facilement décollables. Section du col au bistouri après avoir pincé l'utérine droite. La vessie est détachée de la face antérieure de l'utérus, avec laquelle elle est très adhérente. On décolle la masse annexielle qui est très adhérente par un tissu de dureté ligneuse, à la fosse iliaque et à la cavité pelvienne. Mise en place d'un Mikulicz. On introduit un drain vaginal n° 12.

La malade a présenté un choc opératoire très grand. Extrémités froides malgré tout réchauffement. Pouls petit, rapide, imperceptible à la radiale

Suites opératoires. On fait un litre de sérum glucosé sous-cutané. Huile camphrée toutes les deux heures. De même injections de spartéine, strychnine, caféine, éther, solu-camphre.

Application de glace sur le ventre. Vers 9 heures du soir la malade a l'air de se réchauffer, elle parle, s'intéresse à tout. On lui fait du sérum rectal. On continue les piqûres, mais à partir de 24 heures on a dû les rapprocher. La malade étouffe. Inhalation d'oxygène; la malade s'éteint doucement à 7 heures du matin. A noter qu'elle n'a pas uriné du tout. La température du soir de l'opération était de 27 degrés et le pouls à 138.

Observation 16.

(due à l'obligeance de M. le professeur Guyot,
(Clinique gynécologique, Hôpital André-Boursier)
rapportée par Badelon.

Hydrosalpinx adhérent à l'anse sigmoïde.

L... (Rosa), 25 ans, entre à l'hôpital André-Boursier dans le service de M. le professeur Guyot, le 16 juillet 1928, pour des douleurs abdominales.

Antécédents. — Rien à signaler jusqu'à 22 ans, époque à laquelle elle fait une fausse-couche de deux mois. Depuis cette époque pertes jaunes abondantes.

Histoire de la maladie. — Il y a deux ans la malade a ressenti

une douleur violente dans la fosse iliaque nécessitant un repos au lit de quinze jours; nouvelle crise un mois après. Actuellement, nouvelle crise.

Examen. — Fosse iliaque gauche douloureuse, au toucher vaginal utérus rétroversé, annexes perceptibles et douloureuses à gauche.

Opération le 20 juillet 1928. — Opérateur : M. le Dr Villar. Anesthésie au Schleich; durée de l'opération, une heure. Laparatomie médiane sous ombilicale. Dès le ventre ouvert on ne peut passer l'écarteur, car il existe de nombreuses adhérences entre l'épiploon, les annexes gauches, le sommet de la vessie et l'anse sigmoïde. Les adhérences sont tout de suite dégagées, et, dans un premier temps, on refoule la vessie qui est adhérente à la face antérieure de la matrice.

A droite on a de l'annexite manifeste, tandis qu'à gauche on voit un hydrosalpinx adhérent à l'anse sigmoïde dans le méso duquel il est inclus. Après avoir libéré les annexes droites on procède à une hystérectomie par le procédé américain de droite à gauche. Section entre deux pinces des pédicules droits et de l'utérine droite. On isole l'hydrosalpinx de ses adhérences intestinales.

A ce moment on complète l'hystérectomie par la section du col et le pincement de dedans en dehors de l'utérine gauche. A ce moment l'hydrosalpinx se rompt. Le liquide citrin est aspiré à l'aspirateur. Hémostase des pédicules délicate par l'infiltration des tissus. Suture par points séparés de la couche musculo-aponévrotique. On laisse un petit drain non perforé pendant quarante-huit heures dans le Douglas. On termine par un Mikulicz à quatre mèches. Sonde à demeure.

Suites opératoires. — Les premiers jours la malade fait une grosse bronchite avec une pointe de pleurésie. On lui fait de la révulsion énergique, des tonicardiaques : huile camphrée, spartéine, strychnine, caféine. Sérum glucosé sous-cutané, un litre par jour. On arrose le Mikulicz et les mèches tous les jours (grands lavages au bock, eau et Dakin). Le deuxième jour, ablation de trois mèches; le quatrième jour, ablation de la quatrième. Le dixième jour, ablation du Mikulicz, mise en place d'un drain n° 7. Le treizième jour, ablation des points cutanés.

Le 10 août : ablation définitive du drain, la plaie a un très bon aspect et ne suppure presque plus.

Le 8 septembre : la cicatrisation est terminée, la malade est complètement guérie.

Observation 17.

M. le Pr R. Le Fort.

(*Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn. de Paris*, 1927.)

Hématosalpinx refoulant l'S iliaque.

Mme V..., 31 ans, m'est adressée le 20 mai 1925 par mon confrère et ami M. le Dr Bourdon. Cette jeune femme mariée depuis trois ans a accouché en octobre 1924 d'un enfant mort depuis trois mois (??), dit-elle, et non macéré. Elle avait éprouvé en août des pertes de sang assez abondantes. Un mois après la perte, les règles revenaient, et la malade se remettait promptement. Depuis le 21 mars, elle perd du sang à nouveau; ces pertes assez abondantes, redoublent au moment des règles.

Les symptômes généraux ne sont pas très accusés; il ne paraît pas y avoir eu de fièvre, les douleurs ne sont pas très intenses. Au toucher, on sent à gauche, en dehors de l'utérus, une grosse masse paraissant développée dans le ligament large gauche, du volume d'une tête d'enfant.

Le 25 mai, sous anesthésie chloroformique après scopolamine je pratique la laparotomie. La tumeur est sous-péritonéale; le feuillet péritonéal est incisé dans un espace avasculaire et la tumeur clivée assez aisément; elle se continue avec la corne utérine gauche. On se rend compte à ce moment que le feuillet péritonéal n'est pas le mésentère, mais représente le méso-iliaque, l'S iliaque ayant été refoulée par la tumeur dans la fosse iliaque droite. La tumeur elle-même est un énorme hématosalpinx gauche. La tumeur est sessile sur la corne utérine, qui saigne après pincement et qu'il faut réparer au catgut. L'ovaire droit est gros comme un œuf de poule; il présente un kyste hémattique et de nombreux kystes séreux. Je ponctionne les kystes et larde l'ovaire au thermo-Réparation du méso iliaque. Un suintement en nappe au moment de la fermeture nous force à placer un petit drain qu'on enlève au bout de quarante-huit heures. L'hématosalpinx contenait 3/4 de litre de caillots sanguins.

Les suites sont d'une extrême simplicité; la malade guérie, quitte la maison de santé le 9 juin.

Le 14 juillet 1926, elle accouchait à terme d'un enfant vivant. La mère et l'enfant se portent bien.

Observation 18.

due à l'obligeance de M. le Professeur Guyot.
Clinique gynécologique de l'hôpital André-Boursier.

Kyste de l'ovaire.

Mme R. J..., 48 ans, journalière, vient consulter parce qu'elle souffre du ventre et qu'elle a de la diarrhée. Réglée à 17 ans,

règles douloureuses, aucune grossesse. Depuis trois mois les règles sont devenues beaucoup plus douloureuses et sans être plus longues, sont plus rouges, accompagnées de caillots, les dernières règles ont été accompagnées de poussées diarrhéiques.

A l'examen on sent une grosse masse dure mobile régulière, arrondie remontant au-dessus de l'ombilic, un peu déjetée à gauche. Douleur à la pression au niveau de la fosse iliaque gauche. Au toucher on localise une grosse masse faisant corps avec l'utérus, mobile, suivant le col, et à gauche siège un empâtement douloureux.

Le 11 octobre à un nouvel examen on perçoit mieux une masse très volumineuse qui bombe dans le Douglas, fluctuante, qu'on perçoit au palper jusqu'à deux travers de doigts au-dessus de l'ombilic, l'utérus paraît refoulé ne avant et à droite, on pense à un kyste suppuré de l'ovaire d'origine colibacillaire probable étant donnée l'absence de toute autre étiologie infectieuse. On pratique la vaccinothérapie anticolibacillaire par voie rectale qui amène une sensation de bien-être général et une baisse de la température.

Mais le 17 octobre le facies commence à s'altérer, la respiration devient superficielle, l'état psychique est modifié, la malade divague un peu. Le professeur Guyot se basant sur cet état général conseille une intervention chirurgicale immédiate. — Opérateur : Dr Villar, premier aide, M. Traissac ; deuxième aide, M. Lavigne.

Laparotomie médiane sous-ombilicale. On tombe sur un énorme kyste qui semble uniloculaire et qui est ponctionné au gros trocard de Koeberlé. Il s'écoule un liquide nettement purulent et d'odeur fécaloïde. Mise en place de la valve de Doyen et tentative d'extériorisation du kyste après protection péritonéale. On se rend compte que le kyste est situé dans le ligament large qu'il a dédoublé jusque sous la vessie en avant et le sigmoïde qui le cravate en arrière. Dégagement du sigmoïde puis incision du feuillet péritonéal antéro-latéral gauche. On se décide à une hystérectomie par le procédé américain. Les annexes droites sont collées complètement aux parois du petit bassin. Hystérectomie avec section de l'utérine gauche dégagement du kyste très adhérent à la face postérieure du col, il se déchire à ce niveau et le reste du liquide purulent se répand dans le Douglas : Incision du péritoine pariétal postérieur au ras du rectosigmoïde car le kyste en se développant a dédoublé toute la face latérale gauche du méso sigmoïde. On achève le décollement en passant en avant et de bas en haut. Il reste une large surface dépéritonisée comprenant toute la moitié gauche du petit bassin. Mickulicz, fermeture en trois plans. Anesthésie par M. Pinson : durée 40 minutes.

Observation 19

due à l'obligeance de M. le Professeur Guyot.
(Clinique gynécologique de l'hôpital André-Boursier.)

Kyste du parovaire adhérent au sigmoïde.

Mme D. L..., 47 ans, couturière, entre à l'hôpital sur les conseils du Dr Rivière pour se faire opérer d'un kyste de l'ovaire. La malade s'était aperçu que le volume de son ventre augmentait, en même temps que ses règles irrégulières à l'ordinaire avaient complètement disparu. Puis elle se mit à souffrir du ventre, depuis dix mois environ. Cette douleur comparable à une brûlure siégeait tantôt à droite, tantôt à gauche. Elle était si intense qu'au bout de cinq mois la malade dut interrompre son travail pour se reposer. Depuis lors, la douleur a un peu diminué. Elle réapparaît lorsque la malade se lève. Elle se plaint en outre de constipation, de nausées et de céphalée.

Réglée à 14 ans, règles irrégulières et douloureuses. Mariée une première fois à 39 ans a eu un enfant bien portant depuis. Puis une fausse-couche de quatre mois. Un an après elle a eu une typhoïde. Opération le 30 juillet 1929. Opérateur : M. le professeur Guyot, aides : MM. Mailhe et Malty.

Kyste inclus du ligament large gauche très adhérent et descendant derrière l'utérus jusqu'au plancher pelvien. Premier temps : on dégage les adhérences épiploïques et la vessie qui remonte très haut cachant l'utérus et recouvrant la paroi antérieure du kyste. On ponctionne le kyste au trocard de Koeberlé : il s'écoule un liquide eau de roche. Après avoir isolé la poche de l'anse sigmoïde adhérente dans une assez grande étendue, on aborde l'utérus par le côté droit, le plus accessible. On sectionne l'utérine droite et le col à moitié. On peut alors à la compresse, lentement, décoller la paroi du kyste des parois gauches du bassin auxquelles elle est très adhérente. On refoule la vessie et on termine par un Mickulicz avec quatre mèches et un drain. Une sonde à demeure dans la vessie retire une urine claire. Bonne anesthésie à l'éther (M. Vignaulou). Opération sans incidents, mais difficile, laborieuse en raison des adhérences très intimes du kyste et de son inclusion (durée 55 minutes).

La malade garde le 3 décembre 1929 une fistule postopératoire que l'on cure le 6 décembre. La malade sort guérie le 11 janvier 1930.

Observation 20.

(3 octobre 1905, Congrès de chirurgie)
in thèse Borel, Bérard et Patel.

Kyste de l'ovaire adhérent à l'S iliaque. Entérectomie.

Mme J..., 46 ans, entre à l'hôpital de la Croix-Rousse, salle Sainte-Catherine, service de M. Bérard, le 15 juin 1905, pour une tumeur abdominale qui existe depuis longtemps, mais qui, ces derniers temps, a déterminé des troubles fonctionnels sérieux.

A quarante-quatre ans les règles cessèrent, et la malade s'aperçut que son ventre grossissait insensiblement, d'une façon uniforme; elle n'en fut pas gênée tout d'abord; mais depuis quelque temps survint une constipation opiniâtre, résistant à tous les purgatifs et lavements.

L'examen de l'abdomen montre un ventre augmenté de volume plutôt saillant en avant; pas de distension abdominale, ou de circulation collatérale. La palpation démontre l'existence d'une tumeur fluctuante, volumineuse, remontant bien au delà de l'ombilic, non douloureuse, mate au niveau de la région ombilicale. Ses flancs sont sonores et la matité ne se déplace pas. On perçoit cependant, sur le sommet de la tumeur et se déplaçant avec elle, une sorte de cordon dur, un peu bosselé, donnant bien l'impression du gros intestin.

Le toucher vaginal montre un col utérin abaissé, entr'ouvert, immobile; le palper et le toucher combinés révèlent l'utérus plaqués contre la symphyse pubienne, le fond déjeté à droite, la tumeur en est indépendante; on perçoit la fluctuation et on se rend aisément compte que le ligament large gauche est complètement envahi.

On pose le diagnostic de kyste de l'ovaire, inclus dans le ligament large avec adhérence de l'S iliaque à la tumeur, et on décide une intervention.

Opération le 17 juin 1905 (M. Bérard). Anesthésie à l'éther; position de Trendelenburg avec peu d'inversion, en raison du volume de la tumeur. Laparotomie sous-ombilicale médiane; on reconnaît aussitôt après l'ouverture du péritoine, la paroi blanchâtre du kyste, sillonnée de vaisseaux; ponction au gros trocart; on évacue ainsi dix à douze litres de liquide séro et muco-hématique contenu dans une poche principale, tapissée de petits kystes secondaires. On peut attirer alors la poche; mais dès le début de sa décortication, on s'aperçoit vite que le kyste est inclus dans le ligament large; au sommet on trouve l'S iliaque, qui le coiffe, et qui adhère entièrement à lui, son méso ayant été dédoublé par la tumeur.

On incise les différentes couches qui recouvrent le kyste, à distance de l'intestin, et en essayant de ménager au maximum son

méso. Le plan de clivage est trouvé aisément ; le décollement se fait bien, sauf une hémostase assez difficile. La paroi du kyste est ainsi isolée, et on constate qu'il y a un pédicule formé par la trompe gauche et par de gros vaisseaux ; il s'agit bien d'un kyste inclus dans le ligament large. Le premier temps effectué on revient à l'S iliaque et on voit que celle-ci est complètement ou partiellement dépourvue de son méso sur une longueur de 25 centimètres ; il n'y a aucune chance d'espérer une nutrition suffisante pour ce segment intestinal. L'entérectomie est aussitôt décidée. Coupé entre deux pinces, l'intestin est réuni bout à bout par une suture au fil de soie faite suivant le procédé classique en deux plans : suture du méso.

Après cette incision, il est impossible de recouvrir de péritoine toutes les surfaces cruentées, car la loge laissée par le kyste est considérable. De façon à éviter une fistule intestinale ultérieure, en plaçant au contact immédiat de l'intestin suturé la gaze du tamponnement, on ramène le grand épiploon en avant de l'anse suturée, et on place dans la cavité déperitonisée des mèches de gaze autour d'un drain.

Suites opératoires : la température n'a pas dépassé 38° 1, maximum atteint le soir même de l'opération.

La malade n'a eu aucune réaction péritonéale ; à signaler au troisième jour une légère hématurie, dont il a été impossible de retrouver la cause. La mèche a été retirée le deuxième jour, puis remplacée par un drain ; l'écoulement de liquide péritonéal a été assez abondant ; aucune alerte du côté de l'intestin. Le rétablissement du cours des matières s'est fait rapidement ; la malade quittait l'hôpital le 4 juillet, soit quinze jours après l'opération.

Observation 21

M. J. A. Phélip. (*Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, Paris, 1921)

Occlusion de l'intestin par kyste de l'ovaire. Entérectomie.

Mlle Gabrielle D..., 37 ans, entre à l'hôpital de Vichy le 25 juillet 1920. Constipée depuis longtemps et ayant présenté déjà plusieurs crises abdominales très violentes, elle se présente avec tous les symptômes d'une occlusion subaiguë, coïncidant avec la présence d'une masse rénitente siégeant dans la région sous-ombilicale, et accessible à la fois à la palpation abdominale et au toucher vaginal. Les signes d'occlusion s'accroissant, je décide d'intervenir le 27 juillet.

Opération sous anesthésie générale à l'éther. Laparotomie médiane sous-ombilicale. On voit de suite une masse de la grosseur d'une tête d'enfant, transparente par endroits, lie-de-vin eu d'autres, qui occupe tout le bassin, la fosse iliaque gauche, et une partie de la droite. La portion ilio-pelvienne du colon pelvien

est accolée en arrière et en haut de cette masse. Cette portion longue de 12 centimètres environ, est réduite au volume d'une plume d'oie; la portion sus-jacente est dilatée, de même que le reste du côlon pelvien dans sa partie initiale. Je pose un clamp sur chaque bout sectionné, et je protège. Une autre section au niveau de la partie droite de l'anse rétrécie. Reste à enlever la tumeur avant de rétablir la continuité intestinale.

Impossible de mobiliser la masse, qui est fixe et enclavée dans le bassin. Je vais de suite à l'utérus qui est repoussé contre la symphyse et qui est de volume moyen. Je fais une hystérectomie subtotale rapide par décollation antérieure, et j'aborde le kyste par sa surface inférieure. Je peux, en passant à la base du ligament large décoller la masse formée en réalité de deux masses kystiques adhérentes l'une à l'autre. Au cours de ce décollement inférieur, j'entraîne l'uretère gauche que, dans ce magma d'adhérences, je faillis sectionner; mais l'ayant reconnu, je le dissèque et l'isole sur une longueur de 10 centimètres environ. Les masses kystiques, dures par endroits, viennent avec difficulté; mais elles ont décortiqué le rectum sur sa plus grande longueur. Il ne lui reste que sa muqueuse.

Les kystes enlevés, les ligatures faites, je me trouve en présence d'un bassin où tout est décollé, avec un rectum décortiqué, et n'ayant pour toute tunique que sa seule muqueuse dans sa plus grande étendue. Je sectionne alors la muqueuse rectale au ras de la portion décortiquée. Il ne reste plus alors au fond du bassin saignant que 4 ou 5 centimètres de rectum, difficile à anastomoser avec la portion initiale du côlon pelvien qui a été sectionnée au début. Je fais un rapide décollement colo-pariétal gauche pour abaisser l'anse supérieure, et, avec grandes difficultés, je réalise au fond du bassin une anastomose termino-terminale entre ce bout supérieur et le bout rectal de 4 ou 5 centimètres de long. Cette suture est faite à deux surjets à la soie fine. Après nettoyage à l'éther, je fais une péritonisation assez satisfaisante, un drain est placé dans le Douglas proche de la suture. Après avoir changé de gants et de matériel, je me décide à fixer le cæcum à la paroi, pour faire une cæcostomie de sécurité le lendemain. Je fais donc une incision de Mac-Burney, avec fixation du cæcum. Fermeture en un plan au fil de bronze.

L'opération a été longue, une heure et demie, très laborieuse; la malade est reportée dans son lit, réchauffée. On prescrit du sérum sucré sous-cutané et de la glace sur le ventre. Le deuxième jour de l'intervention, je fistulise le cœcum par une pointe de thermo.

Suites opératoires : Pendant les trois premiers jours, la malade présente un état de shock assez marqué. Le troisième jour, l'état est alarmant, le pouls petit; il y a des vomissements porracés. Par le drain abdominal s'écoule de la sérosité roussâtre fétide. Je

pratique un lavage d'estomac, et fais appliquer la glace en permanence. La cœcostomie fonctionne bien, l'état général devient le quatrième jour bien meilleur. Il passe même quelques gaz par le rectum, et par la fistule cœcale, des matières en abondance.

Au quinzième jour après son opération, la malade a une selle spontanée par le rectum. A partir de ce moment, les matières reprennent leur cours normal. Tous les deux ou trois jours, il y a une selle spontanée; puis les selles par le rectum deviennent journalières, cependant que la fistule cœcale fonctionne toujours un peu.

En décembre la malade, qui, jusqu'alors n'avait pas voulu se laisser fermer cette petite fistule cœcale pour ne pas abandonner ses occupations, me le demande. Je fais cette fermeture le 3 décembre par voie extra-péritonéale, sans incidents.

Observation 22.

M. le professeur J. Guyot et Mlle Dubreuilh.
(*Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn. de Paris*, 1927)

*Adhérences et perforation du côlon sigmoïde chez une malade
présentant un épithélioma de l'ovaire.*

Mme L..., 43 ans, entre à la clinique gynécologique de l'hôpital du Tondu, le 10 octobre 1925, pour y être opérée d'une tumeur ovarienne dont le début remonterait à deux ans. La palpation permet de délimiter une volumineuse tumeur médiane qui plonge dans le petit bassin et remonte jusqu'à l'ombilic laissant libre la partie latérale droite de l'abdomen. Elle est indolente, irrégulière et de consistance inégale, dure en certains points, en d'autres rénitente.

Par le toucher vaginal on trouve le col plaqué contre la symphyse pubienne; tout le vagin est rempli par une masse dure, arrondie qui en modifie la topographie habituelle. Elle est fixée et bloque entièrement le petit bassin. On ne trouve ni ascite, ni œdème des membres inférieurs, ni circulation veineuse superficielle. L'état général de la malade est resté bon, et elle ne se plaint de rien, sinon d'une certaine gêne, de palpitations pénibles dans le décubitus dorsal et d'une douleur de sciatique. Elle est ménopausée depuis deux ans, et n'a jamais présenté aucun trouble du côté des règles.

Il n'y a rien à signaler du côté des autres appareils.

Mme L..., est opérée le 23 octobre 1925. Dès le ventre ouvert, on tombe sur une tumeur de l'ovaire, à développement sous-péritonéal avec poche suppurée. Tumeur très adhérente, cliniquement et opératoirement sans mobilité aucune. Incision du péritoine postérieur très adhérent à la tumeur et isolement de la partie

haute du rectum et inférieure du sigmoïde, également très adhérents, et qui se déchirent quand on les sépare à la compresse. Suture de l'intestin, et enfouissement de la suture par deux surjets en bourse (Mickulicz).

Les suites opératoires sont très mouvementées. La malade est très fatiguée, et le reste plusieurs jours. On lui fait du sérum adrénaliné intra-veineux des injections d'huile camphrée, de spartéine, de caféine, d'éther, de strychnine; on lui donne de la solubaïne, de la théobromine. Enfin, dès le soir de l'opération on remplace le pansement par une vessie de glace maintenue toute la semaine et l'on fait de la révulsion thoracique.

L'état semblait s'améliorer quand brusquement, le 1^{er} novembre, le neuvième jour après l'opération, la température monte au-dessus de 37°, le ventre est tendu, ballonné, douloureux, le pouls incomptable, la constipation opiniâtre. On songe un instant à pratiquer une laparotomie d'urgence. On enlève le sac du Mikulicz, l'on fait 40 cc. de sérum antigangréneux et un abcès de fixation. Après l'ablation du Mikulicz on constate l'ouverture à la paroi d'une fistule pyostercorale par où s'écoulent des matières fécales abondantes, et dans le vagin d'une fistule recto-vaginale.

Après quelques jours la température s'abaisse, tous les phénomènes inquiétants s'amendent, les fistules se tarissent puis se ferment et la malade sort guérie le 8 janvier 1926, soit 2 mois 1/2 après l'intervention.

Le traitement opératoire est complété par quelques séances de radiothérapie profonde.

L'examen histologique de la tumeur a montré qu'il s'agissait d'un épithélioma végétant de l'ovaire à végétations très fines, très nombreuses, très découpées, entièrement constituées par un tissu néoplasique très envahissant.

La malade est revue le 16 novembre 1926 à la consultation de Saint-Raphaël. Elle a engraisé de 8 kilos et son état général est parfait. Le ventre est souple, le petit bassin entièrement libre, le col mobile; il n'y a ni éventration, ni fistule, elle a pu reprendre ses occupations et ne se ressent plus du tout de l'opération très grave qu'elle a subie.

Observation 23.

M. L. Bonnet.

(*Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn.* de Paris, 1930.)

Sarcome de l'ovaire adhérent au colon pelvien

Mme M..., 51 ans, cuisinière, entre à l'hôpital Broca, dans le service du Dr J. L. Faure, le 29 mars 1928, avec un abdomen énorme, dont l'augmentation de volume remonte à un an environ.

En juin 1924, la malade est déjà venue consulter à l'hôpital

Broca pour des hémorragies quotidiennes, abondantes et avec caillots, ayant succédé à un arrêt des règles de huit mois en 1923. A cette époque on trouva seulement chez cette femme affaiblie et anémiée un utérus légèrement augmenté de volume, et, pensant à des troubles de la ménopause, on commença aussitôt un traitement radiothérapique (8 H, en 5 régions du 7 au 16 juillet 1924) qui arrêta les hémorragies.

Au mois d'octobre 1924, les hémorragies recommencèrent et furent traitées à nouveau par la radiothérapie (6 H en 5 régions du 7 au 13 novembre 1924). Quelques mois après, nouvelle reprise des hémorragies, traitées par de nouvelles séances de radiothérapie (8 H en 3 régions du 27 février au 3 mars 1925). C'est en mai 1925 au cours d'un nouvel examen de la malade que l'on constata pour la première fois qu'en arrière et à droite de l'utérus, existait une masse kystique indolore du volume d'une noix verte, pour laquelle on posa le diagnostic d'annexite kystique, non à opérer. Malgré les traitements radiothérapiques les hémorragies continuent irrégulièrement, mais certains mois les règles sont normales. La malade cesse tout traitement et ne revient plus à l'hôpital.

En avril 1927, la malade remarque que son abdomen augmente légèrement de volume et qu'elle présente quelques troubles de la miction, pendant ses urines à l'occasion d'un effort. En février 1928 l'augmentation devient extrêmement rapide et l'abdomen prend un volume considérable ce qui décide la malade à revenir à l'hôpital Broca le 28 mars 1928. A l'examen on trouve un abdomen énorme plus gros que celui d'une femme enceinte à terme, mais plus plat, rappelant la disposition classique du ventre de batracien. Il existe de la fluctuation et par le palper on sent une grosse masse abdominale difficile à délimiter. La malade très fatiguée avec un état général mauvais, présente de l'œdème des membres inférieurs. On pose le diagnostic de kyste végétant de l'ovaire et on décide de faire une laparotomie exploratrice.

Opération le 3 avril 1928. Anesthésie au Schleich. Longue incision médiane remontant au-dessus de l'ombilic. Evacuation d'un liquide ascitique hémorragique abondant. On découvre une énorme masse fluctuante, masquant tout le champ opératoire. Une ponction au trocart donne issue à un liquide sanguinolent. La masse ayant diminué de volume, on constate alors qu'elle est développée aux dépens de l'ovaire droit et qu'elle est adhérente aux anses intestinales et au côlon pelvien; la libération progressive de ces adhérences est difficile et doit être faite aux ciseaux. On arrive finalement à pédiculiser; ligature du pédicule; l'ovaire opposé est d'aspect normal. On place un Mikulicz et on ferme le reste de la paroi en un plan aux crins doubles, pour terminer rapidement l'opération, la malade étant très fatiguée.

Examen de la pièce : Enorme poche flasque de 30 cm. de dia-

mètre. En ouvrant cette poche il s'écoule, un peu de liquide sanguinolent et la face interne paraît tapissée de fines végétations.

L'examen histologique est pratiqué au laboratoire et montre qu'il s'agit d'un sarcome globo-cellulaire.

Suites opératoires : Très bonnes, ablation du Mikulicz le dixième jour; la malade sort guérie le 22 mai 1928.

Quelques jours après l'opération, à l'époque des règles, la malade a perdu un peu de sang pendant une journée et demie; le mois suivant elle a perdu également pendant une demi-journée, mais depuis ce moment l'arrêt des hémorragies a été complet.

Nous avons revu notre opérée le 14 janvier 1930. Elle est dans un état florissant et de 55 kilos qu'elle pesait en sortant de l'hôpital elle est passée à 71 kilos, soit 16 kilos d'augmentation et se rapprochant ainsi à quelques kilos près, du poids qu'elle avait avant le début des accidents.

A l'examen l'utérus est mobile, il n'existe pas de masse pelvienne; du côté de la cicatrice, il existe un léger écartement des muscles droits. Enfin, fait important, nous n'avons trouvé aucun symptôme clinique ou radiologique de métastase.

Observation 24.

M. Chevalier (*In Arch. de Tocologie*, 1882) in thèse Jacquet.

Occlusion intestinale par hématocèle pelvienne.

Le 16 novembre 1882, à 7 heures du soir, la femme X..., âgée de 33 ans, est apportée à l'hospice de la Charité, salle Sainte-Marie, n° 12.

La femme a joui jusque-là d'une santé excellente. Réglée à 14 ans, la menstruation a toujours été régulière.

Une grossesse il y a 10 ans. Accouchement normal.

Suppression des règles depuis quatre mois, quelques semaines plus tard, vomissements, tuméfaction des seins.

Il y a quinze jours, réapparition d'un léger écoulement sanguin par la vulve, coïncidant avec une diminution notable des seins.

A son entrée à l'hôpital, on constate les signes suivants :

Ballonnement du ventre, arrêt des gaz et des matières depuis huit jours. Depuis deux jours seulement, coliques, nausées, vomissements alimentaires et glaireux.

Par le toucher vaginal et surtout par le toucher rectal, on constate la présence d'une tumeur volumineuse, incluse dans la cavité pelvienne. Cette tumeur est immobile, lisse, uniforme, résistante et donne au doigt la sensation d'une poche kystique fortement tendue.

Le col est un peu mou, légèrement entr'ouvert, mais ne présente rien de caractéristique. L'exploration abdominale est rendue diffi-

cile par la distension exagérée de la paroi sous laquelle on voit se dessiner les anses intestinales. Une sonde métallique introduite dans la vessie ne donne issue qu'à quelques gouttes d'urine.

Cathétérisme rectal à l'aide d'une sonde œsophagienne de moyen calibre; l'introduction en est douloureuse, difficile et très complète. Un litre d'eau tiède, injectée par la sonde, ressort immédiatement sans entraîner de matières.

17 novembre. — Même état. Administration de trois gouttes d'huile de croton dans un julep gommeux. Deux heures plus tard vomissements bilieux et abondants. Dans la soirée un lavement purgatif, contenant 50 grammes de sulfate de soude et 60 grammes de miel de mercuriale, est porté aussi haut que possible dans le rectum à l'aide d'une sonde œsophagienne; insuccès. Les vomissements porracés persistent, dès 4 heures du soir ils exhalent une odeur fécaloïde.

18 novembre. — La malade a passé une bien mauvaise nuit. On se décide à intervenir. Ponction de la tumeur au niveau du cul-de-sac postérieur à l'aide d'une trocart droit : issue d'abord de sérosité pure (100 grammes environ), suivie de sang pure, mélangé de petits caillots noirâtres. Cette évacuation ne modifie pas sensiblement le volume de la tumeur qui était remplie de caillots ainsi que l'autopsie va nous l'apprendre.

A l'hystéromètre, l'utérus donne 13 centimètres. Cet organe est refoulé en avant et à droite.

En présence de tous ces signes : suppression des règles, tuméfaction des seins, l'hypertrophie de l'utérus, M. Laroyenne n'hésite pas à porter le diagnostic de grossesse extra-utérine. Bien plus il pense que la réapparition de l'écoulement menstruel, il y a quinze jours, et la diminution des seins à ce moment doivent faire songer à la mort du fœtus.

En auscultant soigneusement la région hypogastrique, on entend des battements au niveau de la fosse iliaque droite; mais ces derniers sont isochrones au pouls, qui est lui-même très rapide, 140.

A l'aide d'une grosse sonde rectale, on injecte un siphon d'eau de Seltz, insuccès.

Le soir le ballonnement du ventre est extrême, les vomissements fécaloïdes persistent, la dyspnée s'accroît, l'asphyxie devient progressive.

Administration de trois gouttes d'huile de croton dans un pruneau.

On atténue les vomissements à l'aide de petits fragments de glace.

Dans la nuit, l'état général de la malade s'aggrave et elle succombe le 13 novembre à 1 heure du matin, avec tous les signes du choléra herniaire. Cyanose, sueurs visqueuses, refroidissement des extrémités.

L'autopsie est faite 33 heures après la mort. A l'ouverture de l'abdomen, on trouve une poche kystique, d'un reflet noirâtre, adhérente au côlon sigmoïde et à la cavité pelvienne.

La masse morbide occupe tout le cul-de-sac utéro-rectal et empiète un peu sur la fosse iliaque droite. La paroi de ce kyste est épaisse, stratifiée, 8 à 10 millimètres environ. La main introduite dans l'intérieur pénètre à travers de nombreux caillots jusqu'au fond du cul-de-sac utéro-rectal, d'où on retire un fœtus de trois mois environ. Il présente une longueur de 15 centimètres 1/2 et un poids de 125 grammes. Il n'est pas macéré.

Observation 25.

M. L. Chevrier (*Bull. et mém. de la Soc. Nat. de chir.*, Paris, 1928).

Fœtus momifié adhérent au côlon pelvien.

La femme, X... porteuse d'une tumeur s'est présentée récemment à ma consultation de la Pitié.

A l'examen physique on trouvait deux volumineuses tumeurs, l'une derrière l'autre, très dures, indolentes, relativement mobiles, distinctes de l'utérus, lui-même un peu volumineux et dur lui aussi.

Je fis à tort le diagnostic de tumeur solide double de l'ovaire.

L'interrogatoire m'aurait appris cependant qu'il y a trois ans cette femme s'était cru enceinte et que plusieurs médecins avaient été de cet avis.

Son ventre avait grossi, elle avait senti remuer; vers le mois d'octobre 1925, elle aurait dû accoucher. L'enfant n'est jamais sorti, son ventre a un peu diminué de volume, ses règles ont reparu et on a conclu à une grossesse nerveuse.

Je l'ai opérée le 4 février et j'ai trouvé une énorme tumeur présentant deux masses inégales, la plus grosse portant un gros diverticule ressemblant à un membre qui se dirigeait vers la symphyse sacro-iliaque gauche.

A la face antérieure de la tumeur adhère largement l'épiploon qu'il faut réséquer en grande partie.

La tumeur ne peut être sortie du bassin : elle adhère à l'intestin et déplisse les méso-péritonéaux.

Libération attentive des anses intestinales, cæcum, côlon pelvien, intestin grêle.

La tumeur séparée de l'intestin est encore largement sessile sur le péritoine pelvien. En libérant la tumeur du péritoine on aperçoit soudain un cordon qu'on reconnaît pour être l'uretère. Il semble évident d'ailleurs qu'il s'agit de l'uretère gauche. On le respecte avec soin en contenant la libération de la masse. On finit par bien isoler un gros pédicule vasculaire qu'on pince en évitant avec soin l'uretère.

Quand la libération est à peu près terminée on constate que la tumeur a son pédicule tordu et qu'elle se continue avec la trompe droite. Chose plus curieuse et indéniable l'uretère qu'on avait dénudé en arrière et à gauche de la tumeur, nettement au delà de la ligne médiane n'était pas l'uretère gauche, mais l'uretère droit.

On termine l'opération par des ligatures et une bonne péritonisation. La malade va très bien.

Observation 26

M. Gauthier (*Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. de Paris* 1922)

Fœtus adhérent à l'anse sigmoïde, ouverture de l'intestin à l'intervention

La femme L..., vingt-quatre ans, mariée depuis deux ans, ouvrière de fabrique dans un village des environs de Luxeuil, entre à l'hôpital de cette ville le 5 novembre 1919. Elle y est envoyée par une sage-femme, à la suite d'une crise d'éclampsie survenue le 4 novembre.

Enceinte pour la première fois, d'une mentalité un peu fruste, elle ne donne que d'assez vagues renseignements sur le début de sa grossesse, qu'elle fait remonter aux premiers jours de mars. Elle a eu depuis cette époque, à plusieurs reprises, des coliques, et des pertes peu abondantes, qui cédaient à quelques jours de repos.

La crise d'éclampsie qui a motivé son entrée à l'hôpital est la seule qu'elle ait présentée. Cette crise semble n'avoir duré que quelques heures, et il n'en existe plus de traces le jour où je la vois.

Au moment de mon examen, elle paraît bien portante, ne souffre pas, présente tous les signes d'une grossesse parvenue à la fin du huitième mois. Les battements du cœur fœtal ne sont pas perçus, mais la sage-femme affirme les avoir entendus au début de la crise éclamptique. Le ventre est développé normalement.

Le col est légèrement entr'ouvert mais n'a aucune tendance à s'effacer. On ne voit pas de partie fœtale engagée. L'idée ne me vient pas qu'on soit en face d'une grossesse extra-utérine à terme. Je m'attends à l'accouchement prématuré, mais normal, d'un enfant, dont la mort récente a fait cesser les crises éclamptiques de la mère.

L'excellent état de la malade m'engage à patienter quelques jours avant de provoquer l'accouchement, et m'autorise à lui permettre de se lever et de se promener un peu dans l'hôpital. Profitant de cette latitude qui lui est laissée, la femme L... quitte l'hôpital inopinément le 8 novembre et rentre chez elle. Je n'en-

tends plus parler d'elle jusqu'au 25 juin 1920. Pendant cette période de sept mois, elle est entièrement perdue de vue.

N'accouchant pas, elle se persuade avec satisfaction que les médecins se sont trompés, et qu'elle n'était pas enceinte. Elle voit d'ailleurs son ventre diminuer de volume et elle reprend son travail, interrommu de temps en temps par des crises de coliques dont elle ne s'inquiète pas outre mesure.

Le 25 juin, à 5 heures du soir, je suis appelé auprès d'elle par le médecin qui soigne habituellement les ouvrières de la fabrique où elle travaille.

La malade a eu depuis la veille des vomissements et de vives douleurs abdominales. Température 39° 5. Pouls 120.

A l'examen on découvre une tumeur médiane occupant la région hypogastrique, et dépassant l'ombilic de deux travers de doigt.

A côté de cette tumeur immobile, une autre masse qu'on déplace assez facilement et qui occupe le flanc droit.

Le diagnostic de grossesse extra-utérine n'est plus douteux, et devant la menace des accidents, l'intervention immédiate est pratiquée le soir même, à 8 heures, à l'hôpital de Luxeuil.

Incision médiane sous-ombilicale. Après libération de l'épiploon, à côté de la tumeur hypogastrique, on découvre, dans le flanc droit, au milieu des anses intestinales auxquelles il n'est réuni que par des adhérences longues et lâches : le fœtus. Un fragment de cordon ombilical est adhérent à la tumeur, un autre fragment est adhérent au fœtus. La portion intermédiaire a disparu.

La libération et l'extraction du fœtus sont faciles. La dissection de la tumeur hypogastrique est plus pénible. Cette tumeur est développée aux dépens de la trompe droite.

Elle présente avec l'anse sigmoïde des adhérences si intimes que, l'opération terminée, une portion de cette anse est privée de son méso et déchirée sur un centimètre environ. Pour ne pas prolonger un acte opératoire déjà passablement laborieux, l'anse dénudée est extériorisée avec une portion saine en amont et en aval, puis le ventre est refermé.

L'utérus et les annexes sont conservés. Drainage au Douglas pendant deux jours. Le quatrième jour, l'anse extériorisée commence à se sphacéler, comme il était prévu, et il s'établit un anus artificiel muni d'un éperon bien accentué.

Le 29 juillet, application d'une pince entérotome sur l'éperon.

Le 11 août, fermeture de l'anus artificiel.

Le 15 septembre, la malade quitte l'hôpital entièrement guérie.

Observation 27

Pozzi (*Bulletin de la Société anatomique de Paris* 1871)

Etranglement de l'S iliaque par épanchement purulent dans le Douglas

La malade entre à Necker avec des signes d'obstruction intestinale. Elle n'avait pas été à la selle depuis seize jours et elle avait déjà des vomissements fécaloïdes.

Elle avait eu l'année dernière une pelvi-péritonite, surtout marquée à gauche; les mêmes douleurs avaient reparu cette année sans cause connue et avaient été suivies de nouveaux phénomènes qui amenaient la malade à l'hôpital.

On trouvait au toucher, en arrière de l'utérus, une tumeur si dure que l'on se demanda si l'on n'avait pas affaire à une exostose du sacrum.

A l'autopsie on trouve dans le cul-de-sac recto-vaginal deux poches purulentes à parois épaisses; l'une est très voisine du rectum le contenu est crémeux et la membrane qui les tapisse a l'aspect d'une membrane pyogénique. Ces 2 poches communiquent entre elles par un orifice; l'une d'elles présente une seconde ouverture par laquelle on arrive le long du rectum à une nappe purulente de suppuration diffuse et à un orifice creusé à travers l'intestin; les deux poches se vidaient, mais par regorgement dans le rectum; au-dessus de la nappe de pus s'étaient formées des fausses membranes, qui, elles, étranglaient l'S iliaque de façon à amener l'obstruction intestinale.

CONCLUSIONS

I. Le côlon sigmoïde de par ses rapports anatomiques étroits avec l'appareil génital de la femme et la disposition des replis péritonéaux à ce niveau est fréquemment intéressé au cours de l'évolution des tumeurs de cet appareil.

II. Toutes les tumeurs pelviennes peuvent contracter des adhérences avec l'anse sigmoïde, surtout celles qui reconnaissent une étiologie infectieuse : les pyo-salpinx, les hydro-salpinx, les épanchements purulents dans le douglas; elles s'accompagnent en effet d'un processus de péritonite plastique. Le retentissement sur l'intestin se traduira par de l'inflammation ou par l'arrêt du cours des matières.

III. L'S sigmoïde est souvent comprimé par les tumeurs pelviennes et à ce titre interviennent d'ordinaire les fibromes utérins, surtout les fibromes intra-ligamentaires et les kystes de l'ovaire. Il faut faire une mention spéciale aux kystes inclus et aux kystes retropéritonéaux.

IV. Enfin des déchirures de l'intestin peuvent s'effectuer au cours d'une intervention de par les adhérences qui l'unissent à la tumeur.

V. Indépendamment des signes physiques et fonctionnels qui traduisent la souffrance du côlon sigmoïde, l'on a à sa disposition des méthodes d'exploration qui permettent de poser un diagnostic ferme, ce sont : la sigmoïdoscopie et surtout l'examen radiologique après repas et lavement opaques. La méthode d'injection de lipiodol dans l'utérus peut compléter, dans certains cas, les résultats des méthodes précédentes.

VI. En présence de tumeur pelvienne adhérente au côlon sigmoïde, le chirurgien averti par l'étude de la symptomatologie et des explorations radiographiques répétées aura soin de libérer, dans un premier temps, le côlon sigmoïde, pour être sûr de ne pas le léser lui ou son méso au cours de l'exérèse.

Vu :

Le Doyen,

C. SIGALAS

Vu bon à imprimer :

Le Président

GUYOT

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Bordeaux :

Bordeaux, 3 novembre 1933

A. TERRACHER

BIBLIOGRAPHIE

- Aubourg.** — *Journal médical français*, 1912, p. 422.
- Badelon.** — Thèse de Bordeaux 1929, *des lésions de l'anse sigmoïde au cours des annexites gauches*.
- Bauby.** — *De l'obstruction intestinale chez la femme, liée aux inflammations pelviennes*. Thèse, Lyon, 1906.
- Bauer.** — *Complications des fibromes*. Thèse, Strasbourg, 1903.
- Begouin.** — Procédé d'hystérectomie abdominale pour fibrome à pôle inférieur enclavé : procédé de l'évidement. *Bull. et mém. Sociét. chirurg.*, 1918 et *Gynécolog. et obstétr.*, 1920.
- Berard et Patel.** — *Congrès de chirurgie*, 1905.
- Bernadet.** — *L'occlusion intestinale par enclavement de l'utérus fibromateux*. Thèse, Toulouse, 1920.
- Bloch.** — *Bull. Soc. Obst. et Gynécol.*, 1931, p. 755.
- Boeckel.** — Occlusion intestinale par fibrome. *Revue de gynécol.*, 1899.
- Boehler.** — *Bull. Soc. Obst. et Gynéc.*, 1930, p. 686.
- Bonnet.** — *Bull. Soc. Obst. et Gyn.*, 1930, p. 155.
- Borel.** — *Les kystes de l'ovaire rétro-péritonéaux*. Thèse, Bordeaux, 1908.
- Boursier.** — *Précis de gynécologie*.
— Les kystes de l'ovaire rétro-péritonéaux. *Cong. français de chirurg.*, 1907.
- Brouha.** — Les relations de l'anse sigmoïde avec les organes génitaux de la femme (*Le Scalpel*, Liège, 27 sept. 1908).
- Brugeas.** — *Bull. et Mém. Soc. chirurg.*, 1929, p. 429.
- Carle.** — *Bulletin médical*, 1899, p. 385.
- Castera.** — *Rapports anatomo-cliniques des annexites gauches avec les lésions du côlon sigmoïde et de son méso*. Thèse, Bordeaux, 1910.
- Catz.** — Sigmoïdites et périsigmoïdites. *Gazette des hôpitaux*, 5 janv. 1907, p. 15.
- Cestan.** — *Bulletin médical*, 1899.
- Chevalier.** — *Archives de Tocologie*, 1882.
- Chevrier.** — *Bull. et Mém. Soc. chirurg.*, 1928, p. 223.
- Coffin.** — *Etude sur les complications des fibro-myomes utérins*. Thèse, Paris, 1899.
- Cossy.** — *Mémoires de la société d'observation*, 1856.

- De Boyer.** — *Bull. Soc. chirurg.*, 1873, p. 541.
Dieulafoy. — *Bull. Soc. Obst. et Gyn.* 1931, p. 400.
— Congrès des anatomistes. Amsterdam, 1930 : le ligament lombo-ovarien.
Duplay et Reclus. — *Traité de chirurgie.*
Duplay. — *Clinique chirurg. de la semaine médic.* 1899, p. 409.
Elkin. — *Bull. Soc. Obst. et Gyn.*, 1928, p. 941.
Faucou. — Etranglement interne et fibrome, *Bull. Soc. chirurg.*, 1873, p. 479.
Faure (J. L.). — *Chirurgie des annexes de l'utérus*, Paris, 1902,
— *Bull. et Mém. Soc. chirurg.*, 1904., p. 772.
Faure et Siredey. — *Traité de gynécologie médico-chirurgicale.*
Fournier. — *Bull. Soc. Obst. et gyn.*, 1931, p. 241.
Friedel et Jaugeas. — *Bull. et Mém. Société méd. des hôpitaux*, 1913, p. 31.
Gallois. — *Bull. de Thérapeut.*, 15 juin 1904, p. 859-865.
Gautier. — *Bull. et Mém. Société chirurg.*, 1922, p. 762.
Godart. — Cancer de l'intestin et cancer de l'ovaire, *Polyclinique*, Bruxelles, 1912.
Grouzelle. — *Echo médical du Nord*, 30 janv., 1926, p. 53.
Gueniot. — *Bull. Société Obst. et Gyn.*, 1926, p. 35.
Guillaume-Louis. — *Bull. et Mem. soc. chirurg.* 1925, p. 305.
Guyot et Jeanneney. — *Journal médical de Bordeaux*, 1920, p. 527.
Guyot et Dubreuilh. (Melle) — *Bull. Soc. Obst. et Gynéc.*, 1927, p. 229.
Hochenegg. — Occlusion intestinale par kyste de l'ovaire, *Wiener klin. Wochens.* n° 2, 1888, p. 29-32.
Jaquet. — *Occlusion intestinale dans l'hématocèle pelvienne*, Thèse, Lyon, 1889.
Jayle. — Diagnostic des annexites et de certaines affections du colon pelvien. *Bull. de la Soc. de l'internat*, 23 juin 1910.
Jude Hué. — *Bull. soc. chirurg.* 1875, p. 596.
Kuss. — *Revue de chirurgie*, 1910, t. I, p. 190-503, t. II, p. 342.
— *Rétrécissements péricoliques pelviens*. Thèse. Paris, 1909.
Labadie, Lagrave et Leguen. — *Traité de gynéc. médico-chirurgicale.*
Laborde. — *Spasmes de l'intestin d'origine génitale*. Thèse, Paris, 1903.
Lapointe — Cancer de l'ovaire et cancer du sigmoïde, *La clinique*, Paris, 1913, p. 708.
Lebon. — Exploration radiologique du gros intestin, *La clinique*, Paris, 1913, p. 581.
Le Dentu et Delbet. — *Traité de chirurgie*, 1916.
Lefort. — *Bull. soc. Obst. et Gyn.*, 1927, p. 145.
Lejard et Petel. — *Bull. et Mém. soc. chirurg.*, 1914, p. 264.
Le Nouëne. — Occlusion intestinale par fibrome. *Revue méd. de Normandie*, 1901.
Leveuf. — *Bull. et Mém. soc. de chirurg.*, 1925, p. 247.

- Massabau et Etienne. — Le cancer primitif de l'ovaire. *Revue de gyn. et de chirurg. abdom.*, 1913, p. 225.
- Michaux. — *Bull. et Mém. soc. chirurg.*, 7 mars et 4 avril 1906, p. 286.
- Michel. — *Revue médicale de l'Est*, 1920, p. 376.
- Monod. — *Bull. et Mém. soc. chirurg.*, 1927, p. 262.
- Morestin. — *Congrès de chirurgie*, 1905, p. 338.
- Nouet. — *L'obstruction intestinale dans ses rapports avec les inflammations péri-utérines*. Thèse, Paris, 1874.
- Okinczye. — *Bull. et Mém. soc. chirurg.*, 1930, p. 251.
- Paul-Petit Dutailis. — *La gynécologie*, 1930, p. 1.
— 1928, p. 133
— *Bull. soc. Obst. et Gyn.*, 1928, p. 500.
- Pellanda. — *La mort par fibro-myomes utérins*. Thèse, Lyon, 1905.
- Phélip. — *Bull. et Mém. soc. chirurg.*, 1921, p. 187.
- Picard. — *Bull. et Mém. soc. chirurg.*, 1928, p. 1066.
- Potherat. — *Bull. et Mém. soc. chirurg.*, 1920, p. 394.
- Poulain. — *Sigmoidites et inflammation des organes génitaux de la femme*, archives générales de chirurgie, janvier, 1911.
- Pozzi. — *Traité de gynécologie*, 1898.
— *Bullet. de la soc. d'anatomie de Paris*, 1871.
- Princeteau. — Contrib. à l'étude des rapp. des annexes gauches avec l'anse sigmoïde et le méso-sigm. *Clin. chirurg.*, 1910. XXIII^e Congrès de chirurgie, p. 437.
- Rouville. — *Bull. soc. Obst. et Gynéc.*, 1927, p. 343.
— *Bull. soc. Obst. et gyn.*, 1928, p. 432.
- Rouville (de), Madon et Guibal. — *Bull. soc. des sciences méd. de Montpellier*, 1923-24, p. 202.
- Saillant. — *Sigmoidites et périssigmoidites*. Thèse, Paris, 1905.
- Savariaud. — *Bull. et mém. soc. chirurg.*, 1922, p. 1366.
- Schoekaert. — *Bull. soc. obst. et Gyn.*, 1928, p. 136.
- Strohecker. — *Fibromes des ligaments larges*. Thèse, Paris, 1902.
- Tuffier et Aubourg. — *Bull. et mém. soc. chirurgie*, 1911, p. 453.
- Vanverts et Paucot. — *Annales de gynécologie*, fév. 1911.
- Vautrin. — *Bull. soc. Obst. et Gyn.*, 1927, p. 414.
- Walther et S. A. Griffith. — *Trans. of the obst. soc. of London*, 1883.
-

Bordeaux. — Imprimerie J. BIÈRE, 18, rue du Peugue. — 1933.
